

1 de enero al 31 de diciembre, 2020

# Evidencia de cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y medicamentos de venta con receta de Medicare como miembro de:

## Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO-SNP):

Este folleto le entrega información detallada sobre su cobertura de atención de salud y medicamentos de venta con receta de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención de salud y los medicamentos de venta con receta que necesite. **Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Tufts Health Plan Senior Care Options, es ofrecido por Tufts Health Plan. (Cuando esta Evidencia de cobertura diga "nosotros", "nos", "nuestro", "nuestra", "nuestros" o "nuestras", quiere decir Tufts Health Plan. Cuando diga "plan" o "nuestro plan", se refiere a Tufts Health Plan Senior Care Options).

Este documento está disponible en español en forma gratuita. Comuníquese con nuestro departamento de Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934 para solicitar información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

Esta información está disponible en diversos formatos, como en letra grande.

Los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2021.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H2256\_S\_2020\_8\_C\_SPA



**Contenido****Evidencia de cobertura 2020****Contenido**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si necesita más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Introducción para el miembro ..... 5**  
 Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de afiliación al plan y cómo mantener actualizado su registro de afiliación.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes ..... 19**  
 Explica cómo comunicarse con nuestro plan (Tufts Health Plan Senior Care Options) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Assistance Program), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, MassHealth Standard Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.
- Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos ..... 37**  
 Explica información importante que debe saber sobre la atención médica cubierta de un miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)..... 54**  
 Entrega información detallada sobre los tipos de atención médica que tiene cubiertos y que *no* tiene cubiertos como miembro de nuestro plan.
- Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D..... 118**  
 Explica las reglas que debe seguir cuando obtenga medicamentos de la Parte D. Explica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para ver qué medicamentos están cubiertos. Indica los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos.  
 Explica dónde surtir sus recetas. Explica los programas del plan sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos.

**Contenido**

---

<b>Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>141</b>
Explica cuándo y dónde enviarnos una factura cuando nos quiere solicitar el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 7. Sus derechos y deberes.....</b>	<b>148</b>
Explica los derechos y deberes que tiene como miembro de nuestro plan. Explica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
<b>Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</b>	<b>160</b>
Indica paso a paso lo que tiene que hacer si es que tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si es que tiene problemas para obtener servicios médicos o medicamentos de venta con receta que usted cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura por medicamentos de venta con receta, y solicitarnos mantener la cobertura de atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura se está terminando muy pronto.</li><li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente y otras inquietudes.</li></ul>	
<b>Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan .....</b>	<b>225</b>
Explica cuándo y cómo puede finalizar su afiliación al plan. Explica situaciones donde nuestro plan está obligado a finalizar su afiliación.	
<b>Capítulo 10. Notificaciones legales .....</b>	<b>235</b>
Incluye notificaciones sobre las leyes vigentes y sobre no discriminación.	
<b>Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>240</b>
Explica los términos clave que se usan en este folleto.	

# CAPÍTULO 1

*Introducción para el miembro*

**Capítulo 1. Introducción para el miembro****Capítulo 1. Introducción para el miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage (Plan para necesidades especiales).....	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	7
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? .....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad .....	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	9
Sección 2.3	¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)? .....	9
Sección 2.4	Área de servicio del plan Tufts Health Plan Senior Care Options .....	9
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o estadía legal .....	10
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?.....</b>	<b>10</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de afiliación al plan: úsela para recibir la atención y medicamentos de venta con receta que tienen cobertura .....	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores en la red del plan.....	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores</i> : Guía de todas las farmacias en nuestra red ..	12
Sección 3.4	La lista de <i>medicamentos cubiertos del plan (Formulario)</i> .....	12
Sección 3.5	<i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por los medicamentos de venta con receta de la Parte D.....	13
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Senior Care Options .....</b>	<b>13</b>
Sección 4.1	¿De cuánto es la prima de su plan? .....	13
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	14
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado el registro de la afiliación al plan .....</b>	<b>14</b>
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa .....	14
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información de salud personal. 15</b>	
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	15
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....</b>	<b>16</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	16

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en Tufts Health Plan Senior Care Options, que es un plan Medicare Advantage (Plan para necesidades especiales)</b>
--------------------	---

Usted está cubierto tanto por Medicare como MassHealth Standard (Medicaid):

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **MassHealth Standard (Medicaid)** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) varía según el estado y el tipo de MassHealth Standard (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con MassHealth Standard (Medicaid) obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también tienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención de salud y de medicamentos de venta con receta de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) a través de nuestro plan, Tufts Health Plan Senior Care Options.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan especializado Medicare Advantage (un “Plan para necesidades especiales”), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención de salud. Tufts Health Plan Senior Care Options fue concebido específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de MassHealth Standard (Medicaid) con los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) de la Parte A y B de Medicare, es posible que no pague nada por sus servicios de atención de salud de Medicare. MassHealth Standard (Medicaid) también le proporciona otros beneficios, ya que cubre servicios de atención de salud que generalmente no se cubren con Medicare. También recibirá “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta de Medicare. Tufts Health Plan Senior Care Options ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de manera que reciba servicios de atención de salud y asistencia de pago a los que tiene derecho.

Tufts Health Plan Senior Care Options es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa MassHealth Standard (Medicaid) para coordinar sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). Tenemos el agrado de proporcionarle cobertura de atención de salud de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), lo que incluye la cobertura de medicamentos de venta con receta.

**La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC, Qualifying Health Coverage) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual**

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, Affordable Care Act).

Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Services) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

**Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto *Evidencia de cobertura*?**

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le indica cómo recibir su atención médica, servicios de atención a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, así como medicamentos de venta con receta que tienen cobertura a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y deberes, lo que está cubierto y lo que paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, servicios de atención a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, así como los servicios y medicamentos de venta con receta disponibles para usted como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Es importante que conozca las normas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Lo instamos a dedicar un tiempo para revisar este folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas o inquietudes, o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*****Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Health Plan Senior Care Options cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está en vigor durante los meses en los que está inscrito en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios al plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan Tufts Health Plan Senior Care Options después del 31 de diciembre de 2020. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2020.

**Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el estado de Massachusetts deben aprobar el plan Tufts Health Plan Senior Care Options todos los años. Puede seguir con su cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y tanto Medicare como el estado de Massachusetts renueven la aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?**

---

**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

*Es elegible para afiliarse a nuestro plan, siempre y cuando:*

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- y -- es un ciudadano estadounidense o tiene residencia legal en Estados Unidos;
- -- y -- no tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ERET), con escasas excepciones, como si desarrolla una ERET cuando ya es un miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de un plan diferente que ya terminó.
- -- y -- cumple los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). (MassHealth Standard [Medicaid] es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro programa debe:

- tener más de 65 años;
- estar inscrito en MassHealth Standard (Medicaid);
- vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio);
- no tener un diagnóstico de una enfermedad renal en etapa terminal (ERET);
- vivir en una casa de reposo o un centro de atención de largo plazo. (El miembro no puede ser un paciente hospitalizado en un hospital crónico o de rehabilitación ni vivir en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales).

Es posible que también reúna los requisitos si es elegible para el programa Frail Elder Waiver (FEW). Para obtener más información sobre el programa FEW, comuníquese con los Puntos de Acceso de Servicios para Adultos Mayores (ASAP, Aging Services Access Points) al 1-800-AGE-INFO (1-800- 243-4636) TTY: 1-800-872-0166.

## Capítulo 1. Introducción para el miembro

Tenga en cuenta: Si usted pierde su elegibilidad, pero existen motivos razonables para suponer que volverá a ser elegible dentro de un mes, aún será elegible para ser miembro de nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se describe la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua atribuida).

### Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Recuerde:

- Por lo general, la Parte A de Medicare permite cubrir servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, establecimientos de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios (como servicios médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME, Durable Medical Equipment] e insumos).

### Sección 2.3 ¿Qué es MassHealth Standard (Medicaid)?

MassHealth Standard (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo de algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Cada estado decide qué se contabiliza como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios tienen cobertura y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando sigan las directrices federales.

Asimismo, hay programas que se ofrecen mediante MassHealth Standard (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, Qualified Medicare Beneficiary)** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB, Specified Low-Income Medicare Beneficiary):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales MassHealth Standard [Medicaid] [SLMB+]).

### Sección 2.4 Área de servicio del plan Tufts Health Plan Senior Care Options

Si bien Medicare es un programa federal, Tufts Health Plan Senior Care Options está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro del plan, debe mantener su residencia en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts: Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

Además, es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

**Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o estadía legal**

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informarán a Tufts Health Plan Senior Care Options si no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Health Plan Senior Care Options debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?****Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación al plan: úsela para recibir la atención y medicamentos de venta con receta que tienen cobertura**

Mientras es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de afiliación del plan cuando reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos de venta con receta que compre en las farmacias de la red. Además, debería mostrarle al proveedor su tarjeta de MassHealth Standard (Medicaid), si corresponde.

El siguiente es un ejemplo de la tarjeta de afiliación para que tenga una idea de cómo es:

 <b>TUFTS</b> Health Plan		<b>Senior Care Options</b> (HMO SNP)
PCP FIRSTNAME LASTNAME, MD		<b>Copays</b> \$0 PCP OV \$0 Spec OV \$0 ER
RxBIN 004336	RxPCN MEDDADV	<b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage X
RxGRP RX8657	Plan (80840)	
<b>ID</b> S12345678	<b>Issued:</b> MM/DD/YYYY	
Name FIRSTNAME LASTNAME	CMS - H2256 - XXX	

**IN AN EMERGENCY:** If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room. Call your PCP as soon as possible.

**Customer Relations:** 1-855-670-5934 (TTY: 1-855-670-5936)  
**Provider Relations:** 1-800-279-9022  
**DentaQuest:** 1-888-309-6508

**Send Medical Claims to:** Tufts Health Plan Senior Care Options, P.O. Box 9183, Watertown, MA 02471-9183

**Send Pharmacy Claims to:** CVS/Caremark, Medicare Part D Paper Claims, P.O. Box 52092, Phoenix, AZ 85072-2092

**Send Dental Claims to:** DentaQuest, Tufts Health Plan Senior Care Options, 12121 N. Corporate Parkway, Mequon, WI 53092

**Website:** www.thmp.org/sco

Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados paliativos). Es posible que le pidan mostrar la tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la tarjeta roja,

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

**Por esto es tan importante:** Si recibe servicios cubiertos cuando usa la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar la tarjeta de afiliación de Tufts Health Plan Senior Care Options mientras es miembro del plan, es posible que usted deba pagar el costo total.

Si la tarjeta de afiliación al plan se daña, se pierde o se la roban llame a Relaciones con el Cliente de inmediato y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

<b>Sección 3.2</b>	<b>El <i>Directorio de proveedores</i>: Su guía de todos los proveedores en la red del plan</b>
--------------------	---

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores, farmacias y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red. Todos los proveedores del Directorio de proveedores aceptan tanto Medicare como Medicaid.

**¿Qué son los “proveedores de la red”?**

**Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la atención de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales, centros de salud diurna para adultos, centros de atención a largo plazo, proveedores de servicios domiciliarios y comunitarios y otros establecimientos de atención de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web en [thpmp.org/sco-member](http://thpmp.org/sco-member).

**¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?**

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con escasas excepciones, mientras es miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área de servicio), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Tufts Health Plan Senior Care Options autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede pedir una en Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede pedir más información de los proveedores de nuestra red a Relaciones con el Cliente, como sus calificaciones. Además, puede revisar el *Directorio de proveedores* en [thpmp.org/sco-member](http://thpmp.org/sco-member) o descargarlo de este sitio web. Tanto Relaciones con el Cliente como el sitio web pueden entregar la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

**Capítulo 1. Introducción para el miembro****Sección 3.3 El Directorio de proveedores: Su guía de todas las farmacias en nuestra red****¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

**¿Por qué necesita saber sobre las farmacias de la red?**

Puede usar el *Directorio de proveedores* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Hay modificaciones en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en [thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede obtener una en Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias en cualquier momento. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member).

**Sección 3.4 La lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)**

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos. Indica los medicamentos de venta con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos de venta con receta están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). La Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC, Over-the-Counter) le explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Además, la Lista de medicamentos indica si hay normas que restringen la cobertura de los medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member)) o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

**Capítulo 1. Introducción para el miembro****Sección 3.5 Explicación de beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos hechos por los medicamentos de venta con receta de la Parte D**

Cuando use los beneficios para medicamentos de venta con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para que comprenda y lleve un registro de los pagos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, han gastado en los medicamentos de venta con receta de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D durante el mes. El Capítulo 5, Sección 11, proporciona más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de la cobertura de medicamentos.

También puede recibir un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* previa solicitud. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para recibir una copia.

**Sección 4 Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Senior Care Options****Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan?**

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por *Tufts Health Plan Senior Care Options*.

**Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para MassHealth Standard (Medicaid), así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth Standard (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para eso automáticamente) y la prima de la Parte B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir afiliado al plan.

Si el ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos de hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos, también conocida como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). La IRMAA es un cargo adicional de su prima.

- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no el plan de Medicare**, le enviará una carta donde se indique cuál será la cantidad adicional. Si tuvo un acontecimiento que cambia la vida que hizo que sus ingresos disminuyeran, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.

## Capítulo 1. Introducción para el miembro

- Si se le exige pagar la cantidad adicional y no la paga, **se cancelará su inscripción en el plan.**
- Puede visitar el sitio web <https://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020) proporciona información sobre estas primas en la sección llamada “2020 Medicare Costs” (Costos de Medicare para 2020). Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare & You* cada otoño. Quienes son nuevos en Medicare lo recibirán un mes después de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2020* desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No tenemos autorización para comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

## SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la afiliación al plan

### Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tenemos su información precisa

El registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, como su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

#### Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en alguna otra cobertura de seguros de salud que tenga (como del empleador, del empleador de su cónyuge, seguro de accidentes y enfermedades laborales o MassHealth Standard [Medicaid]).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

---

- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.
- Si la parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarnos. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Relaciones con el Cliente o ingrese a [thpmp.org/registration](http://thpmp.org/registration).

Además, es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Todos los cambios que afectan la elegibilidad también deben notificarse a MassHealth (Medicaid) dentro de un plazo de 10 días o antes si es posible.

Si tiene cambios que notificar, comuníquese con MassHealth (Medicaid) mediante uno de los siguientes métodos:

- Llame a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648)
- Envíe un fax a MassHealth (Medicaid) al 1-857-323-8300
- O notifique por correo postal a MassHealth (Medicaid) a: Health Insurance Processing Center  
P.O. Box 4405  
Taunton, MA 02780.

**Lea la información que le enviamos sobre alguna otra cobertura de seguro que tenga**

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no se indica, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

---

**SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal**

---

**Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 7, Sección 1.5 de este folleto.

---

**SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

**Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se llama “pagador secundario” y solo paga los costos que no cubrió la cobertura principal, si los hubiera. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato.

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal depende de su edad, cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ERET):
  - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si, al menos, un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque tiene una ERET, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (que incluye seguro para automóviles)

**Capítulo 1. Introducción para el miembro**

---

- Responsabilidad civil (que incluye seguro para automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Seguro de accidentes y enfermedades laborales

MassHealth Standard (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después del pago de Medicare o los planes grupales de salud del empleador.

Si tiene otro seguro, infórmeselo al médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita ayuda para actualizar la información de otros seguros, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que las facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y  
recursos importantes*

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options</b> (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Relaciones con el Cliente en el plan) ..... <b>20</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) ..... <b>27</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)</b> ..... <b>29</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para el Mejoramiento de la Calidad</b> (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare) ..... <b>29</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> ..... <b>30</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>MassHealth (Medicaid)</b> (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados) ..... <b>31</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta</b> ..... <b>34</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>¿Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios?</b> ..... <b>34</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Puede recibir ayuda de Agencias para adultos mayores</b> ..... <b>35</b>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**


---

## **SECCIÓN 1      Contactos de Tufts Health Plan Senior Care Options (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactarse con Relaciones con el Cliente en el plan)**

---

### **Cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente de nuestro plan**

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options. Tendremos el agrado de ayudarlo.

<b>Método</b>	<b>Relaciones con el Cliente: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9487
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thpmp.org/sco-member">thpmp.org/sco-member</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9487
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options  Attn: Customer Relations  P.O. Box 9181  Watertown, MA 02471-9181</p>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a su cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Apelaciones sobre atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options  Attn: Appeals and Grievances  P.O. Box 9193  Watertown, MA 02471-9193</p>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no comprende conflictos en relación con la cobertura o pago. (Si su problema tiene relación con la cobertura o pago del plan, debe buscar en la sección anterior la información sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9193</p>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<p>Puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>.</p>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos de venta con receta cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura de los medicamentos de venta con receta: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p> <p>Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.</p>
<b>FAX</b>	1-617-673-0956
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thmp.org/sco-member">thmp.org/sco-member</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a su cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Apelaciones relativas a los medicamentos de venta con receta de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-855-670-5934</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). En caso de apelaciones urgentes de la Parte D en fines de semana y festivos, llame a Relaciones con el Cliente y siga las instrucciones. El especialista de turno de Apelaciones y Quejas devolverá su llamada dentro de un plazo de 24 horas.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). En caso de apelaciones urgentes de la Parte D en fines de semana y festivos, llame a Relaciones con el Cliente y siga las instrucciones. El especialista de turno de Apelaciones y Quejas devolverá su llamada dentro de un plazo de 24 horas.</p>
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options  Attn: Appeals and Grievances  P.O. Box 9193  Watertown, MA 02471-9193</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thmp.org/sco-member">thmp.org/sco-member</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D**

Puede presentar una queja sobre nosotros o algunas de las farmacias de nuestra red, como una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no comprende conflictos en relación con la cobertura o pago. (Si su problema tiene relación con la cobertura o pago del plan, debe buscar en la sección anterior la información sobre cómo hacer una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja con respecto a sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

<b>Método</b>	<b>Quejas relativas a los medicamentos de venta con receta de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-855-670-5934  Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
<b>FAX</b>	1-617-972-9516
<b>ESCRIBA A</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 9193 Watertown, MA 02471-9193
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dónde enviar una solicitud en la que nos solicite pagar el costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido.**

Para obtener más información sobre situaciones en las que usted podría necesitar solicitarnos un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

**Tenga en cuenta:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar de nuestra decisión. Consulte el Capítulo 8 *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-855-670-5934  Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas.  Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
<b>FAX</b>	1-617-972-1028
<b>ESCRIBA A</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options P.O. Box 9183 Watertown, MA 02471-9183
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://thmp.org/sco-member">thmp.org/sco-member</a>

---

## **SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

---

Medicare es el programa de seguro de salud federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante).

La agencia federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”, Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

<b>Método</b>	<b>Medicare: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los actuales temas de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Herramienta de elegibilidad para Medicare:</b> Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.</li><li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos de venta con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y políticas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo aproximado</i> de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li></ul>
<b>SITIO WEB (continuación)</b>	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier queja que tenga con respecto a Tufts Health Plan Senior Care Options:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Informe a Medicare de su queja:</b> Puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</li></ul> <p>Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro para adultos mayores de su localidad pueden ayudarlo a visitar este sitio web con su computadora. O bien puede llamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1 -800- MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

---

### **SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, siglas de Serving Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro de salud para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

<b>Método</b>	<b>SHINE (SHIP de Massachusetts): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
<b>TTY</b>	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.mass.gov/health-insurance-counseling">https://www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

---

### **SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para personas con Medicare)**

---

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que paga el gobierno federal. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debería comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de su atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) va a terminar demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>KEPRO: (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-888-319-8452 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Hay servicio de correo de voz disponible las 24 horas del día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.keproqio.com/">https://www.keproqio.com/</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare.

Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para inscribirse en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quién tiene que pagar una suma adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D, porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que le indican que tiene que pagar la suma adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que cambia la vida, usted puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsidere su decisión.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para darles esta información.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas al día.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.ssa.gov">https://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6      MassHealth (Medicaid)** (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

---

Mass Health (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para MassHealth Standard (Medicaid). Los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options deben estar inscritos en MassHealth Standard (Medicaid).

MassHealth Standard (Medicaid) paga los servicios no cubiertos por Medicare y cubrirá ciertos servicios una vez que se haya agotado el beneficio de Medicare. Consulte el Capítulo 4 de este folleto para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por MassHealth Standard (Medicaid).

Asimismo, hay programas que se ofrecen mediante MassHealth Standard (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, Qualified Medicare Beneficiary)** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios MassHealth Standard totales [Medicaid] [QMB+]).

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB, Specified Low-Income Medicare Beneficiary):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios MassHealth Standard totales [Medicaid] [SLMB+]).

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con MassHealth (el programa Medicaid de Massachusetts).

<b>Método</b>	<b>MassHealth</b> (Programa de Medicaid de Massachusetts): Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-800-841-2900
<b>TTY</b>	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	MassHealth Customer Service Center 55 Summer Street Boston, MA 02110
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth">www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth</a>

MassOptions comunica a los adultos mayores, personas con discapacidades y sus cuidadores con agencias y organizaciones que puedan satisfacer mejor sus necesidades.

<b>Método</b>	<b>MassOptions: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-844-422-6277 Horario de atención: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana
<b>TTY</b>	711
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://massoptions.org">https://massoptions.org</a>

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

El programa My Ombudsman (Mi defensor público) ayuda a las personas inscritas en MassHealth Standard (Medicaid) con problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o una apelación con nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>My Ombudsman: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-855-781-9898 Disponible de 9:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	711
<b>ESCRIBA A</b>	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite 301 Malden, MA 02148 Correo electrónico: <a href="mailto:info@myombudsman.org">info@myombudsman.org</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>

El *programa de defensor público de atención a largo plazo* (LTC, Long-Term Care) ayuda a que las personas reciban información sobre casas de reposo y solucionen problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

<b>Método</b>	<b>Puente a la atención de calidad, el Defensor público de atención a largo plazo de Massachusetts: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-243-4636
<b>TTY</b>	711
<b>ESCRIBA A</b>	Executive Office of Elder Affairs One Ashburton Place, 5 <sup>th</sup> Floor Boston, MA 02109
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs">https://www.mass.gov/service-details/ombudsman-programs</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta**

---

### **Programa “Extra Help” de Medicare**

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted recibe y califica para “Extra Help” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos de venta con receta. No necesita hacer nada más para recibir esta ayuda adicional “Extra Help”.

Si tiene preguntas sobre “Extra Help”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes) las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o a
- La oficina estatal de MassHealth Standard (Medicaid) (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que usted está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener pruebas de su nivel adecuado de copago o, si ya tiene esas pruebas, proporcionárnoslas.

- Comuníquese con nuestro departamento de Relaciones con el Cliente si necesita ayuda para obtener o proporcionar las mejores pruebas disponibles. El número de teléfono está en la contratapa de este folleto.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si usted pagó en exceso el copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o lo compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y consigna su copago como una deuda suya, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si tiene preguntas (los números de teléfono que aparecen en la contratapa de este folleto)

---

## **SECCIÓN 8 ¿Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios?**

---

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal.

<b>Método</b>	<b>Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. el miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, donde habrá información grabada las 24 horas del día, incluso fines de semana y festivos.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://secure.rrb.gov/">https://secure.rrb.gov/</a>

**SECCIÓN 9 Puede recibir ayuda de Agencias para adultos mayores**

En Massachusetts, las siguientes agencias ofrecen ayuda a adultos mayores de 60 años o más y a sus familias, amigos y cuidadores.

- **Puntos de Acceso de Servicios para Adultos Mayores:** Los Puntos de Acceso de Servicios para Adultos Mayores (ASAP, Aging Services Access Points) son puntos de acceso únicos a todos los servicios y beneficios disponibles para los adultos mayores en Massachusetts. Estas agencias proporcionan información, solicitudes, servicios directos y derivaciones.
- **Consejos sobre la Vejez o Centros para Adultos Mayores:** Los Consejos sobre la Vejez (COA, Councils on Aging) son organizaciones de voluntarios locales que ofrecen información y servicios directos para los ancianos, sus cuidadores, además de otras personas con problemas relacionados con la vejez. Las organizaciones COA forman parte del gobierno local y trabajan con otras agencias para adultos mayores y departamentos de la ciudad o municipio para ofrecer programas sociales, recreativos, de salud, seguridad y educación para los adultos mayores en sus comunidades.
- **800AgeInfo:** 800-AGE-INFO es un sitio web y un número de teléfono donde los adultos mayores y sus familias pueden obtener información sobre los programas y servicios para los adultos mayores en Massachusetts. Es un proyecto conjunto de la Oficina Central de Asuntos de la Tercera Edad de Massachusetts y la Mass Home Care Association.

Para obtener información sobre cualquiera de estas agencias, comuníquese con la línea AgeInfo de la Oficina Central de Asuntos de la Tercera Edad de Massachusetts al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) (TTY 711) o visite su sitio web en <https://www.800ageinfo.com>.

# CAPÍTULO 3

*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos*

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

---

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Lo que debe saber sobre la atención médica y otros servicios cubiertos de un miembro de nuestro plan .....</b>	<b>39</b>
Sección 1.1	¿Cuáles son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	39
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	39
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos .....</b>	<b>40</b>
Sección 2.1	Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP, primary care provider) para que le entregue y supervise su atención .....	40
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin tener la aprobación antes de su PCP? .....	42
Sección 2.3	¿Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red?.....	43
Sección 2.4	¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red? .....	45
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre .....</b>	<b>45</b>
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica .....	45
Sección 3.2	Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios .....	47
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre .....	47
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? .....</b>	<b>48</b>
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos .....	48
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? .....	48
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>49</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	49
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? .....	49
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa de atención de salud” no médica .....</b>	<b>50</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención de salud no médica? .....	50
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa de atención de salud no médica está cubierta por nuestro plan? .....	51

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

---

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas de propiedad de un equipo médico duradero .....</b>	<b>51</b>
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?.....	51

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

## SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la atención médica y otros servicios cubiertos de un miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Le entrega definiciones de términos y explica las reglas que usted tendrá que seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para conocer información más detallada sobre qué tipo de atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios que aparece en el siguiente capítulo, Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*.

### Sección 1.1 ¿Cuáles son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

A continuación encontrará algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo recibirá la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención de salud autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros establecimientos de atención de salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la atención de salud, grupos médicos, hospitales y otros establecimientos de atención de salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando prefiere un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención de salud, insumos y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se indican en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

### Sección 1.2 Reglas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Ya que es un plan de salud de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios adicionales a los cubiertos por Original Medicare.

Tufts Health Plan Senior Care Options generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro lo encontrará en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que usted reciba sea considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, insumos o medicamentos se

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP, primary care provider) de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe autorizarlo antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, establecimientos de enfermería especializada o agencias de atención de salud en el hogar. Esto se llama hacerle una “derivación”. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la autorización anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. *Hay tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare o MassHealth Standard (Medicaid) exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con una derivación de su PCP. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para recibir información sobre cómo recibir una autorización para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

---

## SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP, primary care provider) para que le entregue y supervise su atención médica</b>
--------------------	--

### ¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe escoger un proveedor de la red para que sea su PCP. El PCP es un médico, enfermero practicante o asistente médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención de salud básica. Tal como explicamos más adelante, el PCP le brindará atención básica. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

---

#### **¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?**

Por lo general, los médicos de las áreas de Medicina Interna, Medicina General, Medicina Geriátrica o Medicina Familiar actúan como PCP. Un enfermero practicante o asistente médico también pueden ser un PCP.

#### **¿Cómo recibe atención de su PCP?**

Usted generalmente verá primero a su PCP o equipo de atención primaria (PCT, Primary Care Team) para la mayoría de sus necesidades de atención de salud. Su PCP o PCT le brindará la mayor parte de la atención y ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, exámenes de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento.

A veces es posible que necesite hablar con su Médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician) o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP después del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla con máquinas TTY pueden llamar a Massachusetts Relay Association al TTY 1-800-439-2370 para que los ayuden a comunicarse con el PCP o PCT después del horario de atención. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. (El número que no es TTY de la Massachusetts Relay Association es el 1-800-439-0183).

#### **¿Cuál es el papel del PCP o PCT en la coordinación de los servicios cubiertos?**

“Coordinar” sus servicios comprende conversar con usted y con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Estos otros proveedores del plan, como un Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC, Geriatric Support Services Coordinator), enfermero practicante, enfermero registrado o asistente médico, pueden trabajar con usted y el PCP para formar el Equipo de atención primaria (PCT, Primary Care Team) encargado de coordinar su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o insumos cubiertos, el PCP, después de confirmar la situación con usted y su PCT, puede derivarlo a un especialista del plan. El PCP podría tener ciertos especialistas del plan que pueden entregarle la mejor atención. El especialista del plan puede ser alguien que trabaja con su PCP y PCT de manera regular y puede coordinar su atención sin problemas y en forma oportuna. (Por supuesto, en caso de una emergencia, si necesita atención de urgencia o se encuentra fuera del área de servicio, no es necesario que sea derivado para buscar servicios médicos). Asimismo, la derivación puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra aprobación previa.

Si necesita un establecimiento de enfermería especializada, atención a largo plazo o servicios domiciliarios y comunitarios, su PCT lo dirigirá a un subgrupo de los centros en nuestra red de Tufts Health Plan SCO que pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que en la mayoría de los casos usted no tendrá un acceso total a los centros de la red para estos servicios.

Puesto que el PCP y el PCT proporcionarán y coordinarán su atención médica, debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP para que este la use.

#### **¿Cuál es el papel del PCP o PCT en tomar decisiones sobre la autorización previa u obtenerla?**

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

---

Ciertos medicamentos, equipos, servicios e insumos requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o darle una derivación dependiendo de los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor de la red es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor de la red para cerciorarse de que le haya entregado esta autorización o derivación.

#### ¿Cómo escoge su PCP?

Cuando usted va a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores*. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Relaciones con el Cliente (vea el número en la contratapa de este folleto). Un representante de Relaciones con el Cliente verificará que el PCP que usted ha elegido esté en la red. Si está realizando un cambio, el cambio comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y usted automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo en donde se reflejará este cambio. Si lo deben ingresar a un hospital en particular, revise el *Directorio de proveedores* o hable con un representante de Relaciones con el Cliente para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital.

#### Cómo cambiar el PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tendría que encontrar un nuevo PCP. Si cambia el PCP, deberá colaborar con su nuevo PCP para coordinar derivaciones a especialistas dentro de nuestra red con quienes trabaje habitualmente para asegurarse de que su atención médica sea coordinada de la manera más eficaz posible.

Para cambiar su PCP, llame a Relaciones con el Cliente. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar esté en la red y acepte nuevos pacientes. ***Si el PCP está en la red y acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con él a contar del primer día del mes siguiente.*** Relaciones con el Cliente cambiará su registro de afiliación para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de afiliación que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a dicho PCP.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin tener la aprobación antes de su PCP?</b>
--------------------	---

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin tener la aprobación antes de su PCP.

- Atención de salud de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra la Hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las administre un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, por ejemplo, cuando usted está fuera temporalmente del área de servicio del plan

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Relaciones con el Cliente antes de salir del área de servicio, de manera que podamos coordinar diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).
- Atención dental de rutina proporcionada por un dentista de la red.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

#### **Sección 2.3      ¿Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red?**

Un especialista es un médico que presta servicios de atención de salud por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedas atienden a pacientes con ciertas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

#### **¿Cuál es el papel del PCP en la derivación de miembros a especialistas y otros proveedores?**

Por lo general, los PCP brindan atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. En el caso de que haya servicios que el PCP no pueda proporcionar, ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan mediante una derivación a un especialista.

#### **¿Para qué servicios necesitará el PCP autorización previa del plan?**

Ciertos medicamentos, equipos, servicios e insumos requieren autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de que se presten los servicios. Su PCP u otro proveedor de la red es responsable de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor de la red para cerciorarse de que le haya entregado esta autorización o derivación. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o darle una derivación dependiendo de los servicios que se prestarán.

Para obtener información sobre qué servicios necesitan autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. También puede llamar a Relaciones con el Cliente al número que figura en la contratapa de este folleto para conocer una lista de servicios que necesitan que su PCP u otro proveedor de la red obtenga la autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Senior Care Options para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

---

#### ¿Qué es una derivación?

Una derivación es la aprobación del PCP para recibir atención de otro profesional de atención de salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta. Si necesita ciertos tipos de servicios o insumos cubiertos, el PCP puede darle autorización anticipada (como derivarlo a un especialista). **El PCP podría tener ciertos especialistas del plan que pueden entregarle la mejor atención.** Si el PCP lo deriva a un especialista, podría enviarlo donde uno con el que trabaje en forma regular para garantizar que la atención médica esté coordinada en la forma más eficaz posible. No necesita la derivación para situaciones de emergencia o de atención de urgencia, diálisis renal fuera del área u otros servicios.

En algunos casos, el PCP también necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) además de dar una derivación. Los servicios que necesitan autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Los servicios que necesitan una derivación están marcados dentro del Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

#### ¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Podemos realizar modificaciones de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de motivos por los cuales el proveedor con el que se atiende podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por darle aviso con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros colaboraremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de apelar de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Relaciones con el Cliente puede ayudarlo con preguntas o ayuda para encontrar y seleccionar otro proveedor (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

## Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

### Sección 2.4 ¿Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red?

Si no hay un proveedor disponible dentro de la red, su PCP o proveedor de la red le dará una derivación para que consulte con un proveedor fuera de la red. Usted o su representante autorizado también pueden presentar una solicitud a Tufts Health Plan Senior Care Options. La autorización de Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser necesaria de acuerdo con el servicio que se prestará. Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin una derivación ni una autorización, Tufts Health Plan Senior Care Options no pagará por estos servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Hemos contratado los servicios de proveedores en toda nuestra área de servicio para asegurar el acceso a la atención de nuestros miembros. Debe tener una derivación del PCP y conseguir la autorización previa del plan antes de recibir la atención fuera de la red.

Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, usted puede recibir esta atención de un proveedor o un establecimiento fuera de la red. Sin embargo, el plan debe dar la autorización antes de que lo atienda dicho proveedor. En esta situación, si el servicio es autorizado, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su PCP o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

## SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

### Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

#### ¿Qué es una “emergencia médica” y que debería hacer si tiene una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita conseguir primero una aprobación o una derivación de su PCP.

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

---

- **Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con nuestro departamento de Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934. (TTY 711). Atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

#### ¿Qué servicios tienen cobertura si usted tiene una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la Sala de Emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando la atención de emergencia para ayudar a gestionar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuando su estado de salud sea estable y cuando haya terminado la atención de emergencia.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su situación siga siendo estable. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan. Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

Nuestro plan cubre la atención médica de emergencia en todo el mundo a través de su beneficio MassHealth (Medicaid). Medicare no ofrece cobertura para servicios de atención de emergencia o urgencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.

#### ¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, en cuanto usted pensó razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico dijo que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibió de una de estas dos maneras:

- usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional;
- – o bien – la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos****Sección 3.2      Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios****¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” son enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. La afección imprevista podría, por ejemplo, ser un brote de una afección conocida que ya tiene.

**¿Qué pasa si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?**

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor de la red, puede ir a cualquier proveedor o clínica que proporcione atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

**¿Qué pasa si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?**

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que recibe de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre la atención médica de urgencia en todo el mundo a través de su beneficio MassHealth (Medicaid). Medicare no ofrece cobertura para servicios de atención de emergencia o urgencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.

**Sección 3.3      Cómo recibir atención durante un desastre**

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies> para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos de venta con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos****SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?****Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos**

Si ha pagado los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué debe hacer.

**Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?**

Tufts Health Plan Senior Care Options cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que figuran en el Cuadro de beneficios (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o se obtienen fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio médico o atención que usted está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar de nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, tiene más información sobre qué hay que hacer si recibió una decisión nuestra de cobertura o desea apelar de una decisión que ya realizamos. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará a la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Puede llamar a Relaciones con el Cliente cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

**Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos****SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un “estudio de investigación clínica”?****Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Solicitan voluntarios para que los ayuden con el estudio y probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos comprobar si un nuevo método funciona o si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos de este y entienda y acepte totalmente todo lo que implica si usted participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita que nosotros o su PCP lo autoricemos. Los proveedores que entregan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no tenga que recibir el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí tiene que informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si contempla participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para informarnos que participará en un ensayo clínico y para obtener información detallada sobre lo que pagará su plan.

**Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?**

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica, usted tiene cobertura de los productos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

---

- Habitación y comida relativa a una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted tendrá que enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, usted tendrá que enviarnos una copia de su Notificación resumida de Medicare u otros documentos que muestren qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Cuando usted no forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio pruebe a menos que Medicare cubra el producto o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le entrega a usted o a cualquier participante en forma gratuita
- Los productos o servicios que se le entregan solo para reunir datos y que no se usan en su atención de salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía.

#### ¿Quiere obtener más información?

Lea la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) para obtener más información sobre cómo incorporarse a un estudio de investigación clínica. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa de atención de salud” no médica

---

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención de salud no médica?
-------------	---

Una institución religiosa de atención de salud no médica es un establecimiento que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un

### Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos

establecimiento de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o establecimiento de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proporcionaremos cobertura de atención en una institución religiosa de atención de salud no médica. Puede elegir procurar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención de salud no médica).

Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médica proporcionados por instituciones religiosas de atención de salud no médica.

#### Sección 6.2 ¿Qué atención de una institución religiosa de atención de salud no médica está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa de atención de salud no médica, usted debe firmar un documento legal que diga que usted se opone por temas de conciencia a recibir tratamiento médico “no obligatorio”.

- Una atención médica o tratamiento “no obligatorio” es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no es exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Una atención médica o tratamiento “obligatorio” es cualquier atención médica o tratamiento que *no es voluntario* o *es exigido* por cualquier ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención de salud no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El establecimiento que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un establecimiento, se aplican las siguientes atenciones:
  - Debe tener una afección que permita que usted reciba servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en un establecimiento de enfermería especializada.
  - – y – usted debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4, “Atención para pacientes hospitalizados”.

### SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

#### Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

### **Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos y otro tipo de servicios cubiertos**

---

El equipo médico duradero (DME, durable medical equipment) incluye elementos como equipos de oxígeno e insumos, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, insumos para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos elementos, por ejemplo, prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de realizar copagos por dicho equipo durante 13 meses.

Sin embargo, como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Option, usted generalmente no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el producto mientras es miembro de nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para conocer los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que debe entregar.

#### **¿Qué pasa con los pagos que usted realizó por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?**

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. Los pagos que usted realizó mientras estaba en nuestro plan no se incluyen en estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME con Original Medicare *antes* de afiliarse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se incluyen en los 13 pasos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. No hay excepciones en este caso cuando usted vuelve a Original Medicare.

# CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios (lo que  
está cubierto)*

## **Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Explicación de los servicios cubiertos.....</b>	<b>55</b>
Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos .....	55
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	55
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para obtener información sobre lo que está cubierto.....</b>	<b>56</b>
Sección 2.1	Sus beneficios por la atención médica a largo plazo y por los servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan.....	56
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senior Care Options? .....</b>	<b>112</b>
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options .....	112
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....</b>	<b>113</b>
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones).....	113

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos**

Este capítulo trata sobre los servicios que están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. Puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos más adelante en este capítulo. También explica los límites en ciertos servicios.

**Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos**

Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), usted no paga nada por sus servicios cubiertos en tanto siga las normas del plan para obtener su atención. (Para obtener más información acerca de las normas del plan para obtener su atención consulte el Capítulo 3).

**Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth Standard (Medicaid,) muy pocos miembros alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ninguno de los gastos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

Debido a que está inscrito en el Plan Medicare Advantage, hay un límite de cuánto debe pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de *Tufts Health Plan Senior Care Options*, lo máximo que deberá pagar de gastos de bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B en 2020 será de \$3,400. Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos se incluyen en esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que paga por las primas del plan y por los medicamentos de venta con receta de la Parte D no se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo). Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$3,400, no tendrá que pagar más gastos de bolsillo por el resto del año para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar con el pago de las primas de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth Standard [Medicaid] u otro tercero paguen por la prima de la Parte B).

---

## **SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios* para obtener información sobre lo que está cubierto**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Sus beneficios por la atención médica a largo plazo y por los servicios domiciliarios y comunitarios como miembro del plan</b>
--------------------	---

El Cuadro de beneficios en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) deben ofrecerse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, insumos y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, insumos o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP, primary care provider) de la red que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, el PCP debe proporcionar la aprobación por adelantado antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama hacerle una “derivación”. El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (en ocasiones, se denomina “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como Medicaid. Medicare cubre su atención de salud y medicamentos de venta con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, como los costos de hospitalizaciones, citas en el consultorio y servicios ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios domiciliarios y comunitarios, atención a largo plazo y transporte de ida y vuelta de consultas médicas.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted).

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

---

Véalo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura por cualquier servicio durante 2020, ya sea Medicare o a nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- En Tufts Health Plan Senior Care Options, algunos beneficios están cubiertos por Medicare y algunos están cubiertos por Medicaid. Integramos todos los beneficios cuando le prestamos servicios. El siguiente cuadro de beneficios refleja todos los servicios cubiertos y le brinda información sobre los costos compartidos.
- Si usted se encuentra dentro del período de un mes de elegibilidad continua atribuida, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Durante ese período, seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el plan estatal de Medicaid y pagaremos las primas o costos compartidos de Medicare que, de lo contrario, tendría que pagar el estado. Las cantidades de costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no pagará nada por los servicios indicados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

**Cuadro de beneficios**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p> <b>Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía oportuna de detección para personas con riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación del médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura*</b></p> <p>Servicios de acupuntura para el tratamiento del dolor cuando los presta un acupunturista con licencia.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p> <p>Otras modalidades no están cubiertas.</p>	<p>Pagará \$0 hasta por 20 consultas de acupuntura al año de un acupunturista con licencia para servicios de tratamiento del dolor.</p>

\* Se necesita autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options para los servicios de acupuntura más allá de la consulta 20.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Salud diurna para adultos</b></p> <p>Servicios comunitarios, como enfermería, asistencia con actividades de la vida diaria, servicios sociales, terapéuticos, recreativos y nutricionales en un lugar fuera del hogar, y transporte hacia ese lugar autorizado.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de acogida para adultos (AFC)</b></p> <p>Los AFC son servicios para miembros que necesitan ayuda diaria con el cuidado personal, pero que desean vivir en un entorno familiar y no en una casa de reposo u otro centro similar. Los miembros que tienen el beneficio de AFC viven con cuidadores capacitados y pagados que brindan cuidados diarios. Los cuidadores pueden ser personas solas, parejas o familias más grandes. El cuidador brinda cuidados personales, ayuda para cumplir con los medicamentos, comidas, servicios domésticos, lavandería, transporte médico, compañía y supervisión las 24 horas.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen transporte de ala fija, de ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre al establecimiento más cercano que pueda proporcionar la atención adecuada solo si llevan a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner el peligro la salud de la persona y que dicho transporte en ambulancia es médicamente necesario.*</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>Para obtener más información sobre los servicios de transporte que no son de emergencia y que están cubiertos por nuestro plan según el beneficio de MassHealth (Medicaid), consulte la sección de Transporte que aparece más adelante en este cuadro.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Examen médico anual</b></p> <p>El examen médico anual es un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\* Es posible que sea necesaria una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options para un transporte que no es de emergencia.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede optar a la consulta anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Este examen está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera consulta anual de bienestar puede concretarse dentro de 12 meses desde la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener la cobertura para la consulta anual de bienestar después de que ha tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de bienestar.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, así como una interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses.</li> <li>• Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección o exámenes clínicos de las mamas que tienen cobertura.</p>
<p><b>Salud conductual: Servicios alternativos</b></p> <p>Servicios de salud conductual que se brindan como alternativas a una hospitalización, entre ellos los siguientes:</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de la comunidad</li> <li>• Estabilización de crisis</li> <li>• Camas para pacientes en observación o espera</li> <li>• Tratamiento psiquiátrico diurno</li> <li>• Servicios de tratamiento agudo (ATS, Acute Treatment Services) para trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias</li> <li>• Servicios de asistencia clínica (CSS, Clinical Support Services) para trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid)</i></p>	
<p><b>Salud conductual: Servicios de emergencia</b></p> <p>Servicios médicamente necesarios que están disponibles todos los días, las 24 horas, para brindar tratamiento a cualquier miembro que tenga un problema de salud mental o de consumo excesivo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de evaluación de emergencia</li> <li>• Servicios de administración de medicamentos</li> <li>• Orientación a corto plazo en caso de crisis</li> <li>• Servicios de corto plazo para la estabilización de crisis</li> <li>• Servicios especializados</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos
<p><b>Salud conductual: Servicios de hospitalización</b></p> <p>Servicios ofrecidos durante las 24 horas que brindan intervención médica para diagnósticos de salud mental o consumo excesivo de sustancias, o ambos, entre ellos los siguientes:</p>	Usted paga \$0 por servicios cubiertos

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental de pacientes hospitalizados</li> <li>• Servicios de hospitalización para trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias (Nivel IV)</li> </ul> <p>Para obtener información adicional sobre los beneficios, consulte la página 83 en la sección titulada “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” y la página 90 en la sección titulada “Programa de tratamiento con opioides”.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Salud conductual: Servicios ambulatorios*</b></p> <p>Servicios de salud mental y trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias proporcionados en persona en un entorno de atención ambulatoria como un centro de salud mental o clínica para trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias, departamento de atención ambulatoria en un hospital, centro comunitario de salud o consultorio del médico. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios ambulatorios estándar</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos</p> <p>Antes de que reciba estos servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir estos servicios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta familiar</li><li>• Consulta de casos</li><li>• Evaluación de diagnóstico</li><li>• Terapia dialéctico-conductual (TDC)</li><li>• Consulta psiquiátrica en una unidad de hospitalización médica</li><li>• Visita de control farmacológico.</li><li>• Terapia de parejas o familias, terapias grupales o individuales</li><li>• Visita puente: paciente hospitalizado-paciente ambulatorio</li><li>• Tratamiento con acupuntura<ul style="list-style-type: none"><li>○ La cobertura incluye un máximo de seis sesiones por semana durante las primeras dos semanas, y luego un máximo de tres sesiones por semana durante las semanas siguientes.</li></ul></li><li>• Desintoxicación ambulatoria</li><li>• Evaluación psicológica</li></ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación para la recuperación*</li> <li>• Asesores de apoyo para la recuperación (RSN, Recovery Support Navigators)*</li> </ul> <p>Consulte la página 94 en “Atención de salud mental de pacientes ambulatorios” para obtener información adicional sobre los beneficios.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Salud conductual: Programa de Servicios de Emergencia (ESP)</b></p> <p>Servicios proporcionados mediante los Programas de Servicios de Emergencia (ESP, Emergency Services Program) y que están disponibles siete días a la semana y 24 horas al día para proporcionar tratamiento a todo miembro que esté experimentando una crisis de salud mental. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reunión ESP <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluación</li> <li>○ Intervención</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir estos servicios.

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Estabilización</li></ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Salud conductual: Procedimientos especiales</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Terapia electroconvulsiva</li><li>○ Evaluación neuropsicológica y psicológica</li></ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación, están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>
<p> <b>Exámenes por enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolau están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene un riesgo alto de cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad fértil y los resultados de un Papanicolau realizado dentro de los últimos 3 años han sido anómalos: un Papanicolau cada 12 meses</li> </ul>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el Papanicolau o los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de quiropráctico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación quiropráctica inicial</li> <li>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación</li> <li>• Tratamiento de manipulación quiropráctica y servicios de radiología. Cubrimos hasta 20 citas en el consultorio o tratamientos de manipulación quiropráctica por año mediante el beneficio de MassHealth Standard (Medicaid).</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Lo siguiente está cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como examen de detección alternativo) cada 48 meses</li> <li>• Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</li> </ul> <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de guayacol para sangre oculta en heces (gFOBT)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (PIF)</li> </ul> <p>Para personas con un riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario como examen de detección alternativo) cada 24 meses</li> </ul> <p>Para personas que no tienen riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul>	
<p><b>Servicios comunitarios*</b></p> <p>Incluyen, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de quehaceres del hogar</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos</p> <p>Antes de que reciba servicios comunitarios, primero debe analizarlos con el administrador de atención del plan.</p> <p>Si necesita un establecimiento de enfermería especializada, atención a largo plazo o servicios comunitarios,</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir estos servicios

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de compañía</li> <li>• Adaptaciones de accesibilidad al entorno (modificaciones en el hogar)</li> <li>• Compra y envío de alimentos</li> <li>• Ama de casa</li> <li>• Comidas con entrega a domicilio</li> <li>• Servicio de lavandería</li> <li>• Servicios de cuidado personal</li> <li>• Sistema de respuesta personal para casos de emergencia (PERS, Personal Emergency Response System)</li> <li>• Cuidado de relevo</li> <li>• Sistema de rastreo</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>su equipo de atención primaria (PCT) lo dirigirá a un subgrupo de los centros en nuestra red de Tufts Health Plan SCO que pueden coordinar mejor su atención y satisfacer sus necesidades individuales. Usted trabajará con su PCT para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que en la mayoría de los casos usted no tendrá un acceso total a los centros de la red para estos servicios.</p>
<p><b>Servicios diurnos de rehabilitación</b></p> <p>Un programa estructurado de tratamiento activo orientado a las metas de servicios terapéuticos y de rehabilitación médicamente orientados para personas con discapacidades del desarrollo que necesitan un tratamiento activo.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios dentales*</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos lo siguiente: Servicios cubiertos por Medicare prestados por un dentista o cirujano bucal que están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos</p> <p>Los servicios debe prestarlos un proveedor de DentaQuest. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con DentaQuest al 1-888- 309-6508.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios preventivos y de diagnóstico:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios preventivos (limpiezas)</li><li>• Examen de rutina</li><li>• Radiografías</li></ul>	
<p><u>Restauración:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Empastes</li><li>• Coronas</li><li>• Reemplazo de coronas</li><li>• Inlay</li><li>• Terapia de endodoncia</li><li>• Apicoectomía y cirugía periradicular</li></ul>	
<p><u>Periodoncia:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gingivectomía o gingivoplastia</li><li>• Eliminación de sarro periodontal y raspado de raíz</li></ul>	
<p><u>Prostodoncia, removible:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dentadura postiza total</li><li>• Dentadura postiza parcial</li><li>• Recapado de dentaduras postizas totales</li></ul>	
<p><u>Prostodoncia, fija</u></p>	
<p><u>Servicios de implantes</u></p>	
<p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Extracciones (sacar dientes)</li><li>• Algunas cirugías bucales, como biopsias y cirugías de tejidos blandos</li><li>• Alveoloplastia</li><li>• Cirugía bucal y maxilofacial</li></ul>	
<p><u>Consultas de atención de emergencia</u></p>	
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Exámenes de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que cubramos los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos e insumos</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los medidores</li> </ul> <p>Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave al pie provocada por diabetes: Tres pares de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de planillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación sobre automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos One-Touch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>Antes de que reciba capacitación sobre automanejo de la diabetes, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).</p> <p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>La cobertura incluye la prueba.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacitación para automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> </ul> <p>Nota: Para el cuidado del pie relacionado con la diabetes, consulte Servicios de podología en este cuadro</p>	
<p><b>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados*</b></p> <p>(Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 11 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: la compra de equipo médico, repuestos y reparaciones para artículos como bastones, muletas, sillas de rueda (manuales, motorizadas, a medida o alquiladas), andadores, sillas con orinal, camas especiales, equipo de control, aparatos prostéticos y ortopédicos; y el alquiler de Sistema de respuesta personal para casos de emergencia (PERS) y sistemas de rastreo.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\*Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de obtener equipo médico duradero e insumos relacionados.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>La cobertura incluye insumos relacionados y repuestos y reparaciones de los equipos.</p> <p>La cobertura también incluye sistemas de oxígeno líquido ambulatorio y repuestos, aspiradores, nebulizadores impulsados por compresor, respiradores de presión positiva intermitente (IPPB, intermittent positive pressure breather), oxígeno, gas de oxígeno, dispositivos generadores de oxígeno y alquiler de equipos de oxigenoterapia.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede pedirles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.</li> <li>• Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de estabilizar la afección de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>La cobertura incluye servicios hospitalarios y ambulatorios, como servicios de salud conductual y aquellos necesarios para evaluar o estabilizar la afección de emergencia de un miembro.</p> <p>Los servicios de emergencia incluyen servicios posteriores a la estabilización proporcionados después de estabilizar una emergencia para mantener la afección estable o para mejorar o solucionar la afección del miembro. El médico tratante de emergencia, o el proveedor que está tratando actualmente al miembro, es responsable de determinar cuándo el miembro está lo suficientemente estable para el traslado.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</b></p> <p>Coordinación de la evaluación en el hogar y los servicios en el hogar proporcionada por un trabajador social certificado mediante un Punto de Acceso de Servicios para Adultos Mayores (ASAP, Aging Services Access Point).</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios grupales de acogida para adultos (GAFC)</b></p> <p>Los servicios grupales de acogida para adultos (GAFC, Group Adult Foster Care) incluyen servicios de cuidado personal para miembros elegibles con discapacidad que viven en viviendas aprobadas por GAFC. Las viviendas pueden ser una residencia de vida asistida o viviendas públicas o subsidiadas especialmente designadas.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p> <b>Programas de educación de salud y bienestar Membresía en YMCA</b></p> <p>Pagamos por la membresía en su centro de salud local YMCA, ubicado en Massachusetts. Este beneficio se proporciona para promover la salud y el acondicionamiento físico en general, como también para ofrecer oportunidades de interacción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye el acceso a centros y personal de apoyo.</li> <li>• Incluye acceso a clases de movimiento grupales (Tai Chi, ejercicio en grupo, etc.) y programas de salud, según la disponibilidad. Es posible que se requieran costos adicionales. Comuníquese con su centro local de YMCA para obtener más detalles.</li> </ul>	
<p><b>Subsidio para bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en clases de movimiento y programas de salud grupales de YMCA (para clases y programas asociados con una tarifa adicional)</li> <li>• Participación en clases de instrucción de acondicionamiento físico como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbica</li> <li>• Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados. Un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados proporcionan equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar. Este beneficio no cubre los gastos de membresía que paga a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico no calificados, como, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, clubes de campo, clubes deportivos y sociales y para actividades deportivas como golf y tenis.</li> </ul>	<p>El plan le reembolsa hasta \$200 cada año calendario que se aplica al costo de membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificados, clases cubiertas de instrucción de acondicionamiento físico, participación en programas de bienestar como Cuestión de Equilibrio (Matter of Balance), Autocontrol de Enfermedades Crónicas, Taller sobre Diabetes, Alimentación Saludable para una Vida Exitosa, IDEAS Saludables, Herramientas Poderosas para Cuidadores, Ejercicios en la Fundación para la Artritis, Bienestar Mejorado, Acondicionamiento Físico para su Vida, Conducción para Personas de la Tercera Edad de AAA, actividades de acondicionamiento físico para la memoria, un rastreador de actividad (como Fitbit, Apple Watch, etc.), o sesiones de orientación nutricional cubierta con un orientador nutricional o nutricionista registrado con licencia. Usted paga todos los cargos que superen \$200 por año calendario.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citas con un orientador nutricional o nutricionista con licencia para servicios de orientación nutricional.</li> <li>• Rastreador de actividad (límite de uno por miembro al año)</li> </ul> <p>Participación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un instructor que lidere el programa “Cuestión de equilibrio”</li> <li>• Un programa de automanejo de enfermedad crónica</li> <li>• El programa Taller de Diabetes</li> <li>• El Programa Alimentación Saludable para una Vida Exitosa</li> <li>• El Programa IDEAS Saludables</li> <li>• Herramientas Poderosas para Cuidadores</li> <li>• El Programa de Ejercicios en la Fundación para la Artritis</li> <li>• El Programa de Bienestar Mejorado, que incluye actividades de acondicionamiento físico para la memoria</li> <li>• El Programa Acondicionamiento Físico para su Vida</li> <li>• El Programa de Conducción para Personas de la Tercera Edad de AAA</li> </ul>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso de un año anterior a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>No se necesita una derivación para este beneficio.</p>
<p>Para obtener este reembolso presente un formulario de reembolso de Subsidio de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web <a href="http://thpmp.org/sco">thpmp.org/sco</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.</p> <p><b>Programas de control del peso</b></p> <p>El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.</p>	<p>El plan reembolsará a los miembros hasta un máximo anual de \$200 que se incluirá en los cobros del programa para programas de pérdida de peso.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>Este beneficio no cubre los costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas u otros elementos o insumos.</p> <p>Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Control de Peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web <a href="http://thmp.org/sco">thmp.org/sco</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.</p>	<p>Tufts Health Plan Senior Care Options debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p>
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por el PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como paciente ambulatorio cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico de la audición</li> <li>• Examen de audición de rutina todos los años calendario</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba un examen de diagnóstico de la audición de parte de un especialista, primero debe obtener una derivación del PCP.</p> <p>No se necesita derivación para un examen anual de rutina de la audición, pero debe atenderse con un proveedor del plan.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>La cobertura también incluye audífonos o instrumentos, servicios relacionados con el cuidado, mantenimiento y reparación de audífonos o instrumentos e insumos*.</p> <p>No se necesita autorización para exámenes, evaluaciones o servicios de diagnóstico.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p> <b>Exámenes de detección del VIH</b></p> <p>Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de sufrir VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>

\* Salvo en una emergencia, se necesita una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo</li> </ul>	
<p><b>Atención en una agencia de salud en el hogar</b></p>	
<p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que una agencia de salud en el hogar los preste. Debe cumplir con los criterios médicos para calificar para estos servicios.</p>	<p>Usted pagará \$0 por los servicios de atención de salud en el hogar cubiertos por Medicare como servicios de infusión en el hogar. Se pueden aplicar limitaciones.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de auxiliar de salud en el hogar y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirá según el beneficio de atención de salud en el hogar; los servicios de auxiliar de salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana). Es posible que se cubran horas adicionales con sus beneficios de MassHealth (Medicaid).</li> <li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> </ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos e insumos médicos</li> <li>• Ayuda con actividades de la vida diaria</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p> <p><b>La terapia de infusión en el hogar*</b> administrada en el hogar por un proveedor de terapia de infusión en el hogar, cuando la receta está indicada por una persona autorizada y administrada de acuerdo con las pautas del plan.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen ciertos medicamentos intravenosos, biológicos, infusiones intratecales y epidurales y fórmulas de nutrición parenteral y los insumos, equipos y visitas de enfermería especializada necesarios para administrar dichos servicios.</p> <p>Tufts Health Plan Senior Care Options cubre los siguientes medicamentos de infusión en el hogar de la Parte D como parte de un conjunto de servicios bajo el beneficio de infusión en el hogar: antibióticos intravenosos e inmunoglobulinas intravenosas.</p>	

\* Salvo en una emergencia, se necesita una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es elegible para los beneficios de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del establecimiento de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor</li> <li>• Cuidado de relevo a corto plazo</li> <li>• Atención en el hogar</li> </ul> <p>Para servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y están relacionados con el pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de su plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados con el pronóstico terminal. Mientras está en el programa de cuidados paliativos, Original Medicare será el proveedor de servicios de cuidados paliativos que Original Medicare paga.</p> <p>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con el pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con el pronóstico terminal su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Health Plan Senior Care Options. Si no tiene cobertura Medicare, los servicios de cuidados paliativos están cubiertos por los beneficios de Tufts Health Plan Senior Care Options.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red.</li> <li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos según Medicare con pago por servicio (Original Medicare)</li> </ul> <p>Para servicios que están cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o que estén o no relacionados con el pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios</p> <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.3 (¿Qué sucede si usted está recibiendo cuidados paliativos certificados por Medicare?).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no son cuidados paliativos (atención que no está relacionada con el pronóstico terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
 <b>Vacunas</b> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe, cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o medio de contagio</li> </ul>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>También cubrimos vacunas según el beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D.</p>	
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*</b></p> <p>Incluye hospitalización para la atención de enfermedades agudas, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Para atención en un hospital de atención aguda general, está cubierto por los días que sean médicamente necesarios, no hay límite. Los períodos de beneficio de Medicare no se aplican a estancias en hospitales de atención aguda.</p> <p>Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo está cubierto hasta por 90 días por cada período de beneficios.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Si obtiene atención de paciente hospitalizado autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar una afección de emergencia, su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Puede usar sus 60 días de reserva vitalicia para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención de largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez en la vida.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li><li>• Comidas que incluyen dietas especiales</li><li>• Servicios de enfermería regular</li><li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria)</li><li>• Fármacos y medicamentos</li><li>• Análisis de laboratorio</li><li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li><li>• Insumos médicos y quirúrgicos necesarios</li><li>• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas</li><li>• Costos de quirófanos y salas de recuperación</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li><li>• Servicios de consumo excesivo de sustancias para pacientes hospitalizados</li><li>• Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de pulmón y corazón, de médula ósea, de células madre y de intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso, el que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Health Plan Senior Care Options presta servicios de trasplante en una ubicación fuera de perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y escoge recibir los trasplantes en una ubicación más lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.</li></ul>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid).</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, el proveedor debe escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted en un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o si llama al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que exigen una hospitalización. Estos servicios están disponibles 24 horas al día y proporcionan intervención médica para los diagnósticos de salud mental o consumo de sustancias, o ambos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare cubre hasta 90 días por período de beneficio con un límite de hasta 190 días vitalicios para atención de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) cubren todas las estadías aprobadas que superen el límite de Medicare.</li> <li>• Para servicios de consumo excesivo de sustancias o de salud mental, deberá usar el hospital designado por el médico de atención primaria (PCP/PCT) para los servicios de salud mental. Es posible que esto exija un traslado del hospital que el PCP/PCT usa para servicios médicos y quirúrgicos al establecimiento designado para los servicios de salud mental.</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el establecimiento de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio)</li> <li>• Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y servicios de técnicos.</li> <li>• Vendaje quirúrgico</li> <li>• Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los aparatos prostéticos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal (incluye tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de dichos aparatos.</li> <li>• Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, que incluye reparaciones y reemplazos necesarios debido a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Atención institucional</b></p> <p>Servicios como enfermería, trabajo social médico, ayuda con actividades de la vida diaria, terapias, nutrición y medicamentos y sustancias biológicas proporcionadas en un establecimiento de enfermería especializada o en otro tipo de establecimiento de enfermería.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos, a menos que MassHealth determine que tiene que pagar una Cantidad pagada por el paciente (PPA, Patient Paid Amount), de la que usted es responsable.</p> <p>Debe pagar la PPA directamente al establecimiento de enfermería.</p> <p>Se hace un seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un establecimiento de enfermería especializada o establecimiento de atención a largo plazo. Senior Care Options de Tufts Health Plan lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional. Los miembros del equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, administradores de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su equipo de atención primaria (PCT) para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que en la mayoría de los casos usted no tendrá un acceso total a los centros de la red para estos servicios.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
	Las exclusiones son situaciones donde un cónyuge vive en un centro que está solicitando o si actualmente vive en un centro y se afilia a nuestro programa SCO.
<p> <b>Terapia médica de nutrición</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de hígado cuando es indicado por el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios personales de orientación durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovarlos una vez al año si el tratamiento es necesario para el año calendario siguiente. MassHealth (Medicaid) puede cubrir la terapia médica de nutrición para los miembros que no cumplen con el beneficio de Medicare.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, Medicare Diabetes Prevention Program) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios a largo plazo en la dieta, aumento en la actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos y mantener una baja de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago o deducible por el beneficio de MDPP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="181 365 779 428"><b>Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare*</b></p> <p data-bbox="181 466 743 630">Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos son, entre otros:</p> <ul data-bbox="181 672 743 1192" style="list-style-type: none"><li data-bbox="181 672 743 865">• Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico.</li><li data-bbox="181 871 743 1008">• Medicamentos que se administran con un equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan</li><li data-bbox="181 1014 743 1192">• Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos</li></ul>	<p data-bbox="824 430 1274 464">Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir estos servicios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que tiene relación con la osteoporosis posmenopausia y no puede autoadministrarse el medicamento</li> <li>• Antígenos</li> <li>• Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer y las náuseas</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades inmunodeficientes primarias</li> <li>• Medicamentos para quimioterapia</li> </ul> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D, como normas que debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos.</p>	
 <b>Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso constante</b> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.</p>
<b>Servicios del Programa de tratamiento con opioides</b> <p>Los servicios de tratamiento de trastornos con uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios mediante nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos para el tratamiento agonista y antagonista de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) y la entrega y administración de dichos medicamentos, si corresponde.</li> <li>• Orientación para el consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Exámenes toxicológicos</li> </ul>	
<p><b>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos e insumos para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales e insumos técnicos.</li> <li>• Insumos quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico, como ecografía, PET, MRI y TC</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir estos servicios.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid).</li> <li>• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios como, entre otros, estudios del sueño, ECG, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</b></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Los servicios que están cubiertos para usted****Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria
- Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital
- Atención de salud mental, como atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento de paciente hospitalizado si no se proporciona dicha atención
- Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital
- Insumos médicos, como entablillados y yesos
- Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted en un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la web en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o si llama al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Atención de salud mental de pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo autorizado por las leyes estatales vigentes.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatoria.</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje, tratamiento individual (lo que incluye el diseño, fabricación y prueba de un aparato ortopédico, prótesis u otro dispositivo tecnológico de asistencia), evaluación integral y terapia grupal.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en distintos entornos ambulatorios, departamentos para pacientes ambulatorios en un hospital, consultorios de terapias independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility).</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Servicios de consumo excesivo de sustancias para pacientes ambulatorios**

La cobertura de la Parte B de Medicare está disponible para servicios de tratamiento que se prestan en un departamento para pacientes ambulatorios en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una hospitalización para el tratamiento del consumo excesivo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados.

Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en establecimientos hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria*</b></p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un establecimiento hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente ambulatorio”.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Productos de venta sin receta (OTC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Productos de venta sin receta (OTC) y medicamentos de venta con receta:</li> </ul> <p>Consulte la Lista de medicamentos OTC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura adicional para recetas de OTC</li> </ul> <p>Además de la lista de medicamentos OTC, Tufts Health Plan Senior Care Options proporciona cobertura para los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metilsulfonilmetano (MSM)</li> <li>- Glucosamina/Condroitina/MSM</li> <li>- Glucosamina/MSM</li> <li>- Condroitina/MSM</li> <li>- Omega 3/aceite de pescado</li> <li>- Coenzima Q10</li> <li>- Benzonatato</li> <li>- Robitussin Cough + Chest Congestion DM, jarabe (líquido)</li> <li>- Kits de preparación Fleet (sin enema)</li> <li>- Citrato de magnesio</li> <li>- Mucinex 600 mg</li> <li>- Fexofenadina</li> </ul> <p>Se surtirán medicamentos OTC que no son de marca (genéricos) a menos que Tufts Health Plan Senior Care Options apruebe lo contrario. Consulte el formulario.</p>	<p>Usted paga \$0 por medicamentos OTC.</p> <p>Antes de que reciba medicamentos OTC obtener primero una derivación del proveedor tratante.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio de la tarjeta de ahorro instantáneo</li> </ul> <p>Usted recibe un subsidio de \$105 cada trimestre calendario para usar en productos de venta sin receta (OTC) aprobados por Medicare, como, entre otros: insumos de primeros auxilios, atención dental, insumos para tratar los síntomas del resfrío y protección solar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio de la tarjeta DailyCare+</li> </ul> <p>Usted recibe un subsidio de \$25 por trimestre calendario para usar en productos de cuidado personal, como, entre otros: champú, acondicionador, desodorante y jabón.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted recibe un subsidio de \$105 por trimestre calendario para usar en productos de venta sin receta (OTC) aprobados por Medicare.</p> <p>Si el costo de los productos de venta sin receta (OTC) aprobados por Medicare superan el límite del beneficio de \$105 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales.</p> <p>Usted recibe un subsidio de \$25 por trimestre calendario para usar en productos aprobados de cuidado personal.</p> <p>Si el costo de los productos aprobados de cuidado personal supera el límite del beneficio de \$25 por trimestre calendario, usted es responsable de los costos adicionales.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización de un paciente ya hospitalizado.</p> <p>Hay un programa de salud mental diario a corto plazo disponible los siete días de la semana que consiste en un tratamiento agudo intensivo terapéutico dentro de un entorno terapéutico estable, lo que incluye el manejo diario de problemas psiquiátricos.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Servicios de asistente de cuidado personal (PCA)</b></p> <p>Un programa dirigido al consumidor que permite a los miembros contratar servicios de asistente de cuidado personal (PCA, Personal Care Attendant) para ayudarlos con actividades de la vida diaria (ADL, Activities of Daily Living), como movilidad y traslados, medicamentos, baños e higiene, ayuda para vestirse o desvestirse, ejercicios del rango de movimiento, ayuda para comer, para ir al baño; y con actividades instrumentales de la vida diaria (ADL, Activities of Daily Living), como compras, lavandería, preparación de comidas o aseo.</p> <p>No cubre recreación, cuidado de niños, capacitación vocacional, indicaciones verbales o señales ni supervisión.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención médica o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios en el consultorio del médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento para pacientes hospitalizados del hospital o cualquier otro establecimiento</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP/PCT, si el médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios de asistente de cuidado personal (PCA), primero debe analizarlos con el administrador de atención del plan.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios de un especialista, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, compostura de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica por cáncer o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico)</li> <li>• Examen médico anual (un examen más a fondo que la consulta anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año calendario.</li> <li>• Citas de seguimiento en el consultorio después del alta del hospital, SNF, hospitalizaciones en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente ambulatorio u hospitalización parcial.</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones que afectan las extremidades inferiores como enfermedades metabólicas (diabetes), neurológicas o vasculares periféricas (estrechamiento y bloqueo de las arterias que llevan sangre a los brazos y piernas).</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>Para el cuidado del pie relacionado con la diabetes, consulte “Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos e insumos” en este cuadro de beneficios.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p><b>Atención de enfermería privada</b></p> <p>Servicios continuos de enfermería especializada.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de tacto rectal</li> <li>• Examen del antígeno específico de la próstata (PSA, Prostate Specific Antigen)</li> </ul>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el examen anual del PSA.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Aparatos e insumos relacionados con prótesis*</b></p> <p>Aparatos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Esto incluye, entre otros: bolsas e insumos para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, alzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía).</p> <p>Incluye ciertos insumos relacionados con las prótesis, así como la reparación o reemplazo de las mismas. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.</p> <p>La cobertura también incluye la evaluación, fabricación y ajuste de una prótesis.</p> <p>Cobertura adicional para medias de compresión y quirúrgicas no cubiertas por Medicare y mangas para mastectomía cubiertas por MassHealth Standard (Medicaid).</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

\* Salvo en una emergencia, es posible que necesite una autorización previa de Tufts Health Plan Senior Care Options antes de recibir este servicio.

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p> <p><b>Insumos médicos *</b></p> <p>Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, catéteres, gasa, insumos para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril e insumos para traqueotomía.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>
<p> <b>Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección para reducir el consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado es positivo para el consumo excesivo de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o profesional de la salud en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, low dose computed tomography) cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas entre los 55 y los 77 años que no tienen señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 cajetillas al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una orientación de exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisiones en conjunto que cumplen los criterios de Medicare para dichas consultas, que fueron realizadas por un médico o profesional de la salud calificado, distinto a un médico.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o profesional de la salud calificado que no es médico decide proporcionar una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago o deducible para la consulta de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un riesgo mayor de ITS cuando los exámenes los ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p>	<p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación de ITS cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

---

**Los servicios que están cubiertos para usted****Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios

También cubrimos hasta 2 sesiones de orientación conductual de alta intensidad individual, en persona, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como en consultorio del médico.

*Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).*

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Servicios para tratar enfermedades y afecciones del riñón**

Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales por toda la vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3).
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial)
- Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipos e insumos para diálisis en el hogar
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)
- Servicios de laboratorio
- Cambio de tubo y adaptador

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal cíclica continua y diálisis peritoneal continua ambulatoria</li></ul> <p>Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare” de este cuadro de beneficios.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF)**

(Para ver una definición de “atención en un establecimiento de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11 de este folleto. En ocasiones, a los establecimientos de enfermería especializada se les denomina “SNF”).

Está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se exige hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)
- Comidas, que incluyen dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes).
- Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa o glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita porque tiene cobertura MassHealth Standard (Medicaid). Insumos médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF.

Usted paga \$0 por servicios cubiertos.

Está cubierto hasta por 100 días por cada período de beneficios. No se exige hospitalización previa. Si se le acaba su beneficio de Medicare, sigue teniendo cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

Se hace un seguimiento a los miembros de SCO durante toda la progresión de la salud, incluso el tiempo que permanece en un establecimiento de enfermería especializada o establecimiento de atención a largo plazo. Senior Care Options de Tufts Health Plan lo dirigirá a centros seleccionados para administrar mejor sus necesidades específicas mientras recibe atención en un entorno institucional.

Los miembros de equipo pueden ser una enfermera practicante o médico asignado, administradores de atención en el centro o la comunidad y especialistas. Usted trabajará con su equipo de atención primaria (PCT) para seleccionar un centro de las opciones identificadas. Esto significa que en la mayoría de los casos usted no tendrá un acceso total a los centros de la red para estos servicios. Las exclusiones son situaciones donde un familiar cercano vive en un centro que está solicitando o si actualmente vive en un centro y se afilia a nuestro programa SCO.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF</li> <li>• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas que por lo general se proporcionan en un SNF</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p>Por lo general, recibirá la atención de SNF en establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda obtener atención de un establecimiento que no es un proveedor de la red, si el establecimiento acepta la cantidad de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de enfermería especializada)</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que recibe el alta del hospital</li> </ul> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Dejar de fumar o de consumir tabaco  
(orientación para dejar de fumar o de  
consumir tabaco)**

Si consume tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.

Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.

No debe pagar coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o consumir tabaco cubiertos por Medicare.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La orientación telefónica para dejar de fumar también está disponible mediante QuitWorks.  QuitWorks es un servicio gratuito basado en evidencias para dejar de fumar desarrollado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts..  Si está listo para dejar de fumar o piensa hacerlo, pregúntele al médico sobre QuitWorks, visite <a href="http://www.makesmokinghistory.org">www.makesmokinghistory.org</a>, o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).</li> <li>• Revise el formulario de Tufts Health Plan Senior Care Options para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos.</li> </ul>	
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</b></p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (SET, Supervised Exercise Therapy) está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, peripheral artery disease) sintomática y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprenda un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación;</li> <li>• realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio del médico;</li> <li>• proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD;</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermera practicante o especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas y avanzadas de apoyo de la vida.</li> </ul> <p>La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención de salud estima que es médicamente necesaria.</p>	
<p><b>Transporte (citas médicas)</b></p> <p>Ambulancia, taxi y transporte en automóvil habilitado para silla de ruedas para citas médicas que no son para casos de emergencia.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Los servicios los debe realizar el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite <a href="http://thmp.org/sco-member">thmp.org/sco-member</a> o llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).</p>
<p><b>Transporte (para fines no médicos)</b></p> <p>Un viaje ida y vuelta al mes (hasta 12 viajes ida y vuelta por año calendario) se proporciona para fines no médicos.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p> <p>Los servicios los debe realizar el proveedor de transporte aprobado por el plan. Se pueden aplicar limitaciones. Para obtener más información sobre este beneficio, visite <a href="http://thmp.org/sco-member">thmp.org/sco-member</a> o llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este folleto).</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de urgencia prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p>Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.</p> <p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto</li> <li>• Para personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo de glaucoma son, entre otros: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen más de 50 años e hispanoamericanos que tienen más de 65 años.</li> <li>• Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año.</li> </ul>	<p>Usted pagará \$0 por cada consulta ambulatoria para servicios de diagnóstico o tratamientos de una enfermedad o afección del ojo cubierta por Medicare.</p> <p>Usted pagará \$0 por un examen anual de detección de glaucoma si tiene riesgo alto.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener una derivación del PCP. No se necesita derivación para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen anual de detección de retinopatía diabética.</p> <p>Antes de que reciba servicios, primero debe obtener una derivación del PCP.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos y marcos (reemplazo) necesarios después de una extracción de cataratas con implante de lente (ahumados, revestimiento antirreflejo, lentes con protección UV o lentes grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante lo considera médicamente necesario).</li> </ul>	<p>Usted pagará \$0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando la receta es de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra marcos que son superiores a los estándar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de marcos estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia.</li> </ul>	<p>Usted pagará \$0 por un par de anteojos estándar con marcos estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen rutinario de la vista cada año calendario.</li> </ul>	<p>No se necesita derivación por este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio de anteojos (lentes y marcos o lentes de contacto)</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por un examen rutinario anual de la vista. No se necesita derivación para el examen rutinario anual de la vista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p>
	<p>Para tener acceso al beneficio de anteojos de rutina, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Un par de anteojos de rutina (lentes de venta con receta, marcos o una combinación de ambos) o lentes de contacto de hasta \$300 por año calendario.</p> <p>Si los anteojos o lentes de contacto se compran a un proveedor en la red EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a \$300 por año calendario. Se excluyen los artículos en oferta y este beneficio no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón o código promocional de la tienda.</p> <p>Si los anteojos o lentes de contacto se compran en una tienda que no está en la red de EyeMed Vision Care, el beneficio está limitado a \$180 por año calendario.</p> <p>Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.</p>	<p>Si escoge un proveedor participante de la red EyeMed Vision Care, tendrá un beneficio de \$300 por año calendario para anteojos (lentes de venta con receta, marcos o una combinación de ambos) y lentes de contacto, que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación.</p> <p>Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar gastos de bolsillo y solicitar un reembolso. Recibirá un reembolso de \$180 por año calendario por anteojos (lentes de venta con receta, marcos o una combinación de ambos) y lentes de contacto. Debe presentar una reclamación con EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación.</p> <p>Si el costo de los anteojos supera el límite del beneficio (\$300 en la red de EyeMed Vision Care, \$180 para proveedores no participantes), usted es responsable de todos los cargos adicionales.</p>
<p><i>Este beneficio está cubierto por el plan mediante los beneficios de Medicare y MassHealth (Medicaid).</i></p>	<p>El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan por atención rutinaria de la vista puede ser distinto al proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar afecciones. Llame a Relaciones con el Cliente si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)****Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”**

El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención y vacunas) y derivaciones a otra atención, si es necesario.

Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses después de tener la Parte B de Medicare.

No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Los servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Cuando programe la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	
<p><b>Pelucas</b></p> <p>Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer.</p> <p>Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Relaciones con el Cliente para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web <a href="http://thmp.org/sco">thmp.org/sco</a>. Envíe el formulario llenado con todos los documentos exigidos a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Relaciones con el Cliente.</p>	<p>El plan cubre hasta \$350 por año calendario.</p> <p>Para tener acceso al beneficio de peluca, puede comprarla en cualquier proveedor.</p> <p>Si escoge un proveedor participante, tendrá un beneficio de \$350 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar el saldo.</p> <p>Si usa un proveedor no participante, necesitaría pagar gastos de bolsillo y solicitar un reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso. Llame a Relaciones con el Cliente para obtener el formulario de reclamación.</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

---

---

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Tufts Health Plan Senior Care Options?**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Servicios <i>no</i> cubiertos por Tufts Health Plan Senior Care Options</b>
--------------------	--

No hay servicios disponibles a través de Medicare o MassHealth (Medicaid) Tufts Health Plan Senior Care Options no cubra.

---

**SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones)</b>
--------------------	--

Esta sección le indica los servicios que están “excluidos”. Excluidos significa que el plano no cubre estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos servicios e insumos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en condiciones específicas.

No pagamos por los servicios médicos excluidos que se indican en el cuadro a continuación, excepto en las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio en el cuadro a continuación se encuentra en apelación por ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 8, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro a continuación.

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubierto bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Cubierto solo bajo circunstancias específicas</b>
<p>Servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare</p> <p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales</p> <p>Los procedimientos e insumos experimentales son los insumos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubiertos solo bajo circunstancias específicas: Los servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con las normas de Original Medicare, no están cubiertos, a menos que el plan indique que estos servicios están cubiertos, que estén cubiertos por plan con los beneficios de MassHealth (Medicaid) o que se determinen como necesarios según el plan de atención individualizada.</p> <p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Elementos personales en su habitación en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo		<p style="text-align: center;">✓</p> Puede estar cubierta por el plan mediante los beneficios de MassHealth (Medicaid) solo cuando no hay disponibles otros modos de atención alternativos. Se necesita autorización previa.
*El cuidado de relevo es cuidado proporcionado en una casa de reposo, establecimiento de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su hogar		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación</li> <li>• Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica</li> </ul>

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación cubierta. Servicios adicionales cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Cuidado rutinario de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes. Servicios cubiertos por el beneficio de MassHealth (Medicaid) cuando sean médicamente necesarios.
Comidas con entrega a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto por el plan mediante el beneficio de MassHealth (Medicaid).
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para piernas se incluye en el costo del aparato o si los zapatos son para una persona con enfermedad al pie provocada por diabetes.
Aparatos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad al pie provocada por diabetes
Exámenes rutinarios de audición, audífono o exámenes para ajuste de audífonos		<p style="text-align: center;">✓</p> Los exámenes de audición (de diagnóstico y rutinarios anuales) están cubiertos por Medicare. Los audífonos y la prueba están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid).

**Capítulo 4. Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo circunstancias específicas
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la mala vista		<p style="text-align: center;">✓</p> Los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o insumos anticonceptivos de venta sin receta	✓	
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> Las citas en el consultorio para el tratamiento del dolor están cubiertas por el plan. Máximo 20 visitas por año sin necesidad de una autorización previa.
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos)	✓	

\*El cuidado de relevo es el cuidado personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

# CAPÍTULO 5

*Uso de la cobertura del plan para  
sus medicamentos de venta con  
receta de la Parte D*

## **Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>120</b>
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D.....	120
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ....	121
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan.....</b>	<b>121</b>
Sección 2.1	Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red .....	121
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red .....	121
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan.....	123
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?.....	123
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan? .....	124
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....</b>	<b>125</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos .....	125
Sección 3.2	¿Cómo puedo saber si un medicamento específico está en la lista? .....	126
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ...</b>	<b>127</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	127
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones? .....	127
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos? .....	128
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?.....</b>	<b>129</b>
Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera .....	129
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la lista o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? .....	129
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....</b>	<b>131</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	131
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está tomando? .....	132
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?..</b>	<b>134</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	134

<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando surta una receta</b>	<b>135</b>
	.....	
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliación .....	135
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de afiliación con usted?.....	135
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales</b>	<b>135</b>
	.....	
Sección 9.1	¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?.....	135
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 136	
Sección 9.3	¿Qué sucede si usted está recibiendo cuidados paliativos certificados por Medicare? .....	136
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos</b>	<b>137</b>
	.....	
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura .....	137
Sección 10.2	Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	137
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra</b>	<b>138</b>
	.....	
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	138
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.....	139



## **Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos**

Debido a que es elegible para MassHealth Standard (Medicaid), usted recibe y califica para “Extra Help” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos de venta con receta. Debido a que usted está en el programa “Extra Help”, **quizás no se aplique a usted parte de la información que aparece en la *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D***. Le enviamos un inserto aparte, llamado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben pagos de Extra Help para medicamentos de venta con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le da más información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Relaciones con el Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--

Este capítulo explica las reglas de uso **de su cobertura para los medicamentos de la Parte D**.

Además de su cobertura de los medicamentos de la Parte D, Tufts Health Plan Senior Care Options también cubre algunos medicamentos de acuerdo con los beneficios médicos del plan. Mediante su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que le entregan durante estadías cubiertas en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. Mediante su cobertura de los beneficios de la Parte B, nuestro plan cubre los medicamentos como ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que usted recibe durante una cita en el consultorio y los medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*, informa sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o un establecimiento de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si recibe cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios de las Partes A, B y D de Medicare y los medicamentos que no se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*¿Qué sucede si usted está recibiendo cuidados paliativos certificados por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección correspondiente del Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de beneficios de la Parte D. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de venta con receta están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). La *Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC)* le explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita la receta) debe emitir su receta.
- El profesional que emite su receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para emitir recetas o se rechazará su reclamación de la Parte D. Debería preguntar a estos profesionales la próxima vez que los llame o tenga una consulta para saber si cumplen esta condición. Si no es así, debe tener en cuenta que el profesional tardará un tiempo en enviar el papeleo necesario para ser procesado.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento se debe usar por una indicación aceptada por un médico. Una “indicación aceptada por un médico” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada por un médico).

---

## **SECCIÓN 2**      **Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedido por correo del plan**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Para que su receta tenga cobertura, use una farmacia de la red</b>
--------------------	---

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red corresponde a una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos de venta con receta. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de venta con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

**Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red****¿Cómo buscar una farmacia de la red en su área?**

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web ([thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member)) o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que el proveedor le emita una nueva receta o que su receta se transfiera a la nueva farmacia de la red.

**¿Qué pasa si la farmacia que estaba usando abandona la red?**

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede pedir ayuda a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o consultar el *Directorio de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member).

**¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?**

A veces las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar si sucede lo siguiente:
  - Su medicamento de venta con receta está en el formulario de nuestro plan o se autorizó una excepción al formulario para su receta,
  - Su medicamento de venta con receta no tiene otra cobertura según los beneficios médicos de nuestro plan,
  - Nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión en el hogar y
  - Su receta fue emitida por un profesional autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, long-term care). Por lo general, centro de atención a largo plazo (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera regular sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que por lo general es la farmacia que usa el centro LTC. Si tiene dificultades en acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Relaciones con el Cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena o Programa de Salud Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

- Farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debiera ocurrir con muy poca frecuencia).

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores* o llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

### **Sección 2.3      Uso de los servicios de pedido por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar **como mínimo un suministro para 30 días del medicamento y como máximo un suministro para 90 días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono se indican en la contratapa de este folleto).

Habitualmente recibirá su pedido por correo antes de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede sufrir retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) en el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

#### **Las nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención de salud, se comunicará con usted para saber si quiere que se le envíe el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (lo que incluye concentración, cantidad y formato) y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de enviarlo. Es importante que usted responda cada vez que lo llamen de la farmacia para informarles qué hacer con la nueva receta e impedir retrasos en el envío.

**Cómo resurtir recetas de pedidos por correo.** Para resurtir su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que usted estime que sus medicamentos se acabarán para asegurarse de que su siguiente pedido lo envíen a tiempo.

De esa manera, la farmacia se comunicará con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo; asegúrese de que la farmacia tenga su información de contacto preferido. **Llame a Servicio al Cliente de CVS Caremark en forma gratuita al 1-855-220-5724 (TTY 711) para proporcionar su información de contacto preferido. El horario de atención es continuado las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

## Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” que están en la lista de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimientos son aquellos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro mediante un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* le indica qué farmacias de nuestra red pueden entregarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.

También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige solicitar *como mínimo* un suministro para 30 días del medicamento y *como máximo* un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre nuestros servicios de pedido por correo.

## Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

### Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación indicamos las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Emergencias médicas**
  - Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con una emergencia médica o una atención de urgencia. En esta situación, normalmente tendrá que pagar el costo total cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en papel para pedimos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan
  - Si toma un medicamento de venta con receta de manera regular y va de viaje, asegúrese de revisar su suministro de dicho medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir anticipadamente sus medicamentos de venta con receta a través del servicio de farmacia de pedido por correo de nuestra red o de una farmacia minorista de la red.
  - Si viaja dentro de EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan y se

enferma o pierde o se le agotan sus medicamentos de venta con receta, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. En esta situación, normalmente tendrá que pagar el costo total cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en papel para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

- Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Relaciones con el Cliente para averiguar si hay una farmacia de la red en el área hacia dónde está viajando. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, Relaciones con el Cliente puede hacer las gestiones para que usted pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red.

- **Otras ocasiones en que puede tener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red**

- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos una de las siguientes situaciones:
  - Si usted no puede recibir un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que proporcione servicio las 24 horas.
  - Si usted trata de surtir un medicamento cubierto de venta con receta que no se abastece regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea elegible (estos incluyen los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
  - Envíe un formulario de reclamación para pedirnos que le reembolsemos el costo.

En estas situaciones, **verifique primero con Relaciones con el Cliente** para saber si hay una farmacia de la red en las cercanías. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

### **¿Cómo solicitar un reembolso del plan?**

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso. (El Capítulo 6, Sección 2.1 explica cómo solicitar un reembolso al plan).

---

## **SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” para fines prácticos.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica cuáles son los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de venta con receta están cubiertos por los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). La Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC) le explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

Generalmente cubriremos un medicamento que figure en la lista del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso de un medicamento corresponda a una indicación aceptada por un médico. Una “indicación aceptada por un médico” corresponde al uso de un medicamento que está *ya sea*:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration). (Es decir, la FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para lo que se está recetando)
- -- o -- respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information [Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses]; DRUGDEX Information System [Sistema de Información DRUGDEX] y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network [Red Nacional Integral del Cáncer] y Farmacología Clínica o versiones posteriores).

### **La Lista incluye tanto los de medicamentos de marca como los genéricos**

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### **Medicamentos de venta sin receta**

Nuestro plan también cubre algunos medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta cuestan menos que los medicamentos de venta con receta y funcionan igual

de bien. Para obtener más información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

### **¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?**

El plan no cubre todos medicamentos de venta con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- La Lista de medicamentos de venta sin receta (OTC) le explica cómo averiguar la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).

<b>Sección 3.2</b>	<b>¿Cómo puedo saber si un medicamento específico está en la lista?</b>
--------------------	---

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Revisar la Lista de medicamentos más reciente que entregamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan ([thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
3. Llamar a Relaciones con el Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

---

## **SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--------------------	--

Para ciertos medicamentos de venta con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más eficaz. Estas reglas especiales también permiten controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene más asequible su cobertura de medicamentos.

En general, nuestras reglas lo incentivan a usar un medicamento que funcione para su afección y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione tan bien como un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para incentivarlo a usted y a su proveedor para que usen la opción de menor costo. También tenemos que cumplir con las reglas y normativas de Medicare con respecto a la cobertura de medicamentos y costos compartidos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrá que adoptar medidas adicionales para que cubramos dicho**

**medicamento.** Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 8, Sección 7.2 para obtener más información sobre cómo solicitarnos excepciones).

Observe que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, cantidad o formato del medicamento recetado por su proveedor de atención de salud (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; una vez al día versus dos veces al día; tableta versus líquido).

#### **Sección 4.2      ¿Qué tipos de restricciones?**

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la manera más eficaz. Las siguientes secciones le entregan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

#### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica**

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica.** Por lo general no cubriremos el medicamento de marca si hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

#### **Obtener la aprobación anticipada del plan**

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir su medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces el requisito de tener una aprobación anticipada ayuda a orientar en el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener la cobertura del plan.

#### **Probar un medicamento diferente primero**

Este requisito lo incentiva a tratar medicamentos menos costosos, pero con una eficacia equivalente antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección y el Medicamento A cuesta menos, el plan puede exigir que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama “**terapia escalonada**”.

#### **Límites de cantidad**

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede tener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una píldora al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una

píldora al día.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?</b>
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web ([thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member)).

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrá que adoptar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento.** Si hay una restricción en el medicamento que usted desea tomar, debería comunicarse con Relaciones con el Cliente para saber lo que usted o su proveedor necesitarían hacer para recibir cobertura para ese medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 8, Sección 7.2 para obtener más información sobre cómo solicitarnos excepciones).

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?</b>
------------------	---

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera</b>
--------------------	---

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento de venta con receta que usted esté tomando actualmente o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no esté en nuestro formulario o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe un medicamento diferente primero para ver si funciona antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O bien podría haber límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que lo eximamos de la restricción.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no aparece en la lista o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?</b>
--------------------	---

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, esto es lo que puede hacer:

- Usted puede recibir un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiarse a otro medicamento o para presentar una solicitud para que cubran su medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones al medicamento.

### **Usted puede recibir un suministro temporal**

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de medicamentos o cuando tiene algún tipo de restricciones. Con esto tendrá tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y ver qué hacer.

Para poder ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir los dos siguientes requisitos:

#### **1. El cambio en su cobertura de medicamentos de ser uno de los siguientes tipos:**

- El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O bien el medicamento que está tomando **tiene ahora algún tipo de restricción**

(La Sección 4 de este capítulo explica estas restricciones).

#### **2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:**

- **Para los miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Las recetas se deben

surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar residuos).

- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es una adición a la situación de suministro temporal indicada anteriormente.

Como miembro actual, si está en un centro LTC y si experimenta un cambio imprevisto de su medicamento debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos una renovación temporal única del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. El médico también puede solicitar una excepción a la cobertura para el medicamento no cubierto según la revisión de necesidad médica a continuación del proceso estándar de excepción que se describió anteriormente. La “primera renovación” temporal será por lo general un suministro de 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y al médico para administrar las complicaciones de varios medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Usted o su representante personal pueden llamar al departamento de Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para solicitar una renovación temporal de la receta.

- Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los “medicamentos de la Parte D” y que se compran en una farmacia de la red. Nuestra política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no es de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que califique para un acceso fuera de la red.

Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para recibir un suministro temporal.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente que cubra el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su actual medicamento. Las siguientes secciones le entregan más información sobre estas opciones.

### **Puede cambiarse a otro medicamento.**

Comience por conversar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Relaciones con el Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

## Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor puede pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. También puede solicitar al plan de salud que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y un medicamento que usted está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción del formulario en forma anticipada para el próximo año. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que emite su receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 8, Sección 7.4 indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite de manera oportuna y justa.

---

## **SECCIÓN 6      ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?**

---

<b>Sección 6.1      La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año</b>
---

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a comienzos de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Aparecen en el mercado nuevos medicamentos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno haya aprobado un nuevo uso de un medicamento ya existente.  
A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. También podríamos retirar un medicamento de la lista porque se descubrió que era ineficaz.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

**Sección 6.2      ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted está tomando?****Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realicen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicaremos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular para incluir todos los cambios que han ocurrido después de la última actualización. A continuación, indicaremos los momentos en que lo notificaremos directamente si se hacen cambios en un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

**¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectan inmediatamente?**

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la lista (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
  - Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazaremos con uno genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando se agreguen medicamentos genéricos nuevos, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo a un nivel de costos compartidos más altos o agregarle restricciones nuevas.
  - Es posible que no le informemos antes de que hagamos el cambio, aun cuando usted esté tomando el medicamento de marca.
  - Usted o la persona que receta pueden pedirnos hacer una excepción y mantener la cobertura del medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.
  - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que usted puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la lista que se retiran del mercado**
  - En ocasiones, es posible que un medicamento se retire repentinamente porque se descubrió que era inseguro o se retiró del mercado por otro motivo. Si esto sucede, retiraremos inmediatamente el medicamento de la lista. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de este cambio en forma inmediata.
  - El profesional que emite su receta también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costos compartidos, o bien agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios sobre la base de las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y darle un nuevo suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir la notificación del cambio, usted debería analizar con su proveedor cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos.
  - Usted o la persona que receta pueden pedirnos hacer una excepción y mantener la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

**Cambios en los medicamentos de la lista que no afectarán a las personas que actualmente los están tomando:** En caso de cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si ponemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si retiramos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios sucede en un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá un aumento en sus pagos o una restricción adicional al uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán y es importante revisar la Lista de medicamentos del nuevo año para ver los cambios que podrían haber sufrido los medicamentos.

---

## **SECCIÓN 7      ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?**

---

<b>Sección 7.1      Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
---

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos de venta con receta están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare ni MassHealth Standard (Medicaid) pagan por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que se indican en esta sección. La única excepción: Si luego de una apelación se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar de una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 8, Sección 7.5 en este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también lo excluye MassHealth Standard (Medicaid), deberá pagarlo usted.

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso no indicado en la etiqueta. Un “uso no indicado en la etiqueta” corresponde a cualquier uso diferente al especificado en la etiqueta de un medicamento y que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
  - Por lo general, la cobertura de “uso no indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos libros de consulta. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information (Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses); DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX) y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network (Red Nacional Integral del Cáncer) y Farmacología Clínica o versiones posteriores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de consulta, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, las categorías de los medicamentos indicados a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid), como se indica a continuación.

- Medicamentos de venta libre (también llamados medicamentos de venta sin receta). Algunos medicamentos de venta sin receta están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad

- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfrío. Algunos medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos cuando se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, salvo vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, salvo vitaminas prenatales y preparaciones con flúor. Algunas vitaminas y productos minerales están cubiertos por la cobertura de medicamentos de MassHealth Standard (Medicaid).
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que se compren pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente al fabricante como una condición de venta.

---

## **SECCIÓN 8      Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando surta una receta**

---

<b>Sección 8.1      Muestre su tarjeta de afiliación</b>
--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de afiliación al plan en la farmacia de la red que escoja. Cuando usted muestra su tarjeta de afiliación al plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan por su medicamento cubierto de venta con receta.

<b>Sección 8.2      ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de afiliación con usted?</b>
---

Si no lleva con usted la tarjeta de afiliación al plan cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para recibir la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la vaya a surtir.** (Luego puede **pedirnos el reembolso.** Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso).

---

## **SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?</b>
--------------------	--

Si lo ingresan a un hospital o a un establecimiento de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos de venta con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o establecimiento de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos mientras estos cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que explican las reglas para recibir cobertura de medicamentos.

<b>Sección 9.2</b>	<b>¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?</b>
--------------------	--

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, long-term care) (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos de venta con receta a través de la farmacia del centro siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores* para descubrir si su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

### **¿Qué pasa si usted es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?**

Si necesita un medicamento que no está en nuestra lista o tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será por un máximo de 30 días o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar residuos). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 8, Sección 7.4 indica qué hacer.

---

**Sección 9.3      ¿Qué sucede si usted está recibiendo cuidados paliativos certificados por Medicare?**

Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de cuidados paliativos y nuestro plan. Si está inscrito en servicios de cuidados paliativos de Medicare y necesita algún medicamento antináuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por estos servicios, ya que no se relaciona con su enfermedad terminal y afecciones asociadas, el profesional que receta o su proveedor de cuidados paliativos debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en el recibo de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede solicitar al profesional que receta o al proveedor de los cuidados paliativos que se asegure de haber notificado que el medicamento no está relacionado antes de pedir en una farmacia que surtan su receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o le den el alta de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debería llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta médica. Consulte las partes anteriores de esta sección que explican las reglas para recibir cobertura de medicamentos de la Parte D.

---

**SECCIÓN 10      Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrarlos**

---

**Sección 10.1      Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura**

Realizamos revisiones de cómo usan nuestros miembros los medicamentos para poder asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que receta los medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si ve un posible problema en el uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Por ejemplo, algunos miembros tienen diversas afecciones, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudarnos a tener la certeza de que nuestros miembros reciben la mayor cantidad de beneficios de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Administración de Terapias de Medicamentos (MTM, Medication Therapy Management). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones pueden recibir servicios mediante un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará de manera cabal todos sus medicamentos. Usted puede comentar cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos de venta con receta o sin receta. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda qué puede hacer para aprovechar de mejor manera sus medicamentos, con espacios para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que usted está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea que esta revisión de medicamentos se haga antes de la consulta anual de “bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su consulta o cualquier momento en que converse con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención de salud. Asimismo, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en dicho programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo sacaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

---

## **SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra**

---

<b>Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)</b>
--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos de venta con receta y los pagos que ha hecho cuando surte o renueva sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando pase de un estado de pago de medicamentos al siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su “**gasto de bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga por concepto de gastos de bolsillo u otros pagos en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces llamado “EOB de la Parte D”) cuando tenga una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe entrega información de pago detallada sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted u otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año a la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

<b>Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos</b>
---

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. De esta manera nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cuando surta una receta.** Para asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de afiliación al plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Hay veces donde paga medicamentos de venta con receta y nosotros no recibimos automáticamente la información necesaria para llevar el registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si le cobran un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo

6, Sección 2 de este folleto). A continuación hay algunos tipos de situaciones donde le recomendamos dar copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando haga un copago por medicamentos que proporciona un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.
  - En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en momentos donde haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto debido a circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos terceros y organizaciones también cuentan como gastos de bolsillo y pueden ayudar a calificar su cobertura de enfermedades catastróficas. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, AIDS Drug Assistance Program), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se consideran dentro de sus gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
  - **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

# CAPÍTULO 6

*Cómo solicitarnos que paguemos  
una factura que usted recibió por  
servicios médicos o medicamentos  
cubiertos*

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones donde nos debe solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>142</b>
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago .....	142
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido .....</b>	<b>144</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago .....	144
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos .....</b>	<b>145</b>
Sección 3.1	Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento .....	145
Sección 3.2	Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede hacer una apelación .....	145
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones donde debe guardar sus recibos y enviarnos copias.....</b>	<b>146</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos .....	146

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos****SECCIÓN 1 Situaciones donde nos debe solicitar que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

Los proveedores de nuestra red le cobrarán directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos, no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por una atención médica o medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle el pago a nuestro plan (esto se conoce normalmente como “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos cubrirlos, le pagaremos los servicios o medicamentos.

A continuación hay algunas situaciones donde es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le pague o que pague una factura que haya.

**1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le cobre al plan.

- Si usted paga toda la cantidad al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le paguemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- A veces puede recibir una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
  - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, se la pagaremos directamente.
  - Si ya pagó el servicio, se lo pagaremos.

**2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debería pagar**

Los proveedores de la red siempre deben cobrarle directamente al plan. Sin embargo, algunas veces comenten errores y le piden que pague los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.

## Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe solicitar que paguemos los servicios cubiertos.

### 3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción incluso puede haber sido el año pasado).

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y usted paga gastos de bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos. Tendrá que enviarnos el papeleo para encargarnos del reembolso. Comuníquese con Relaciones con el Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el pago y los plazos para hacer la solicitud. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

### 4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de afiliación para surtir una receta, la farmacia no podrá enviar la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso pase, tendrá que pagar el costo completo de su receta. (Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso.

### 5. Cuando paga el costo completo de una receta porque no lleva con usted su tarjeta de afiliación al plan

Si no lleva con usted su tarjeta de afiliación al plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, puede que tenga que pagar el costo completo de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso.

### 6. Cuando paga el costo completo por una receta en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta porque el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o puede tener un requisito o restricción que no conocía o que pensaba que no aplicaba para usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo completo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información sobre su médico para poder pagarle el medicamento.

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

---

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Esto se conoce como tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos cubrirlo, le pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar de nuestra decisión. El Capítulo 8 de este folleto, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, tiene información sobre cómo hacer una apelación.

---

**SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos el pago o cómo pagar una factura que haya recibido**

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea sacarle una copia a la factura y los recibos para tenerlo en su registro.

Para asegurarse de que le estamos dando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web [thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member) o llame a Relaciones con el Cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Tufts Health Plan Senior Care Options  
Claims Department  
P.O. Box 9183  
Watertown, MA 02471-9183

Solicitudes de pago de recetas de la Parte D:  
CVS/Caremark  
Medicare Part D Claims Processing  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

Solicitudes de pago de EyeMed:

Solicitudes de pago de  
EyeMed: First American  
Administrators Attn: OON  
Claims  
P.O. P.O. Box 8504  
Mason, OH 45040-7111

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**

Comuníquese con Relaciones con el Cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono que aparecen en la contratapa de este folleto). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarlo. También puede llamar si nos quiere dar más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos****Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si es que necesitamos alguna información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, le pagaremos por el servicio. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si todavía no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus medicamentos de venta con receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o si *no* siguió todas las reglas, no le pagaremos por la atención o medicamento. En cambio, le enviaremos una carta que explica los motivos de por qué no le estamos enviando el pago que solicitó y los derechos que usted tiene a apelar de esta decisión.

**Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede hacer una apelación**

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede hacer una apelación. Si hace una apelación, significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información detallada sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que hace una apelación, le servirá leer primero la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, además tiene definiciones de términos como “apelación”. Luego de que haya leído la Sección 5, puede ir a la sección en el Capítulo 8 que trata sobre qué hacer en su situación:

## Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

---

- Si quiere hacer una apelación para que le paguen un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 en el Capítulo 8.
- Si quiere hacer una apelación para que le paguen un medicamento, vaya a la Sección 7.5 en el Capítulo 8.

---

### SECCIÓN 4 Otras situaciones donde debe guardar sus recibos y enviarnos copias

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos</b>
--------------------	--

Hay algunas situaciones donde debe avisarnos sobre pagos que haya hecho por medicamentos. En estos casos, no significa que nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar más rápidamente a la Etapa de cobertura de enfermedades catastróficas.

A continuación hay un ejemplo de situación donde nos debe enviar copias de los recibos para informarnos sobre pagos que haya hecho por medicamentos:

#### **Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos**

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda a pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que es externo a los beneficios del plan. Si obtiene cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de ayuda a pacientes.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo se incluyan en el cumplimiento de requisitos del Período de cobertura de enfermedades catastróficas.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que está obteniendo su medicamento a través de un programa de ayuda a pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular correctamente sus gastos de bolsillo y esto podría ayudarlo a calificar más rápido a la Etapa de cobertura de enfermedades catastróficas.

Ya que no está solicitando un pago en el caso descritos anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

# CAPÍTULO 7

*Sus derechos y deberes*

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

---

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan</b>	<b>149</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés) .....	149
Sección 1.2	Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento.....	150
Sección 1.3	Tiene derecho a no ser víctima de abuso, abandono y explotación .....	150
Sección 1.4	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a nuestros servicios y medicamentos cubiertos .....	150
Sección 1.5	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud .....	151
Sección 1.6	Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos.....	152
Sección 1.7	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención .....	153
Sección 1.8	Usted tiene derecho a hacer reclamaciones y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado .....	155
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos? .....	155
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos .....	156
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunos deberes como miembro del plan.....</b>	<b>156</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus deberes?.....	156
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad .....</b>	<b>158</b>
Sección 3.1	Programa de administración médica .....	158

---

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

---

**Sección 1.1      Debemos proporcionar información en una forma que le resulte conveniente (en idiomas diferentes del inglés)**

Para obtener información de nosotros en una forma que le resulte conveniente, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicio de intérprete gratuito disponible para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, español, con letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de nosotros en una forma que le resulte conveniente, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 10, Sección 5).

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, llame para presentar una queja formal con nuestro coordinador de derechos civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 10, Sección 5). También puede presentar una queja con Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles.

La información de contacto se indica en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o bien puede comunicarse con Relaciones con el Cliente para obtener más información.

**Sección 1.2      Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento**

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a atención, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si tiene una queja, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Relaciones con el Cliente puede ayudarlo.

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes****Sección 1.3 Tiene derecho a no ser víctima de abuso, abandono y explotación**

Tiene derecho a no ser víctima de abuso, abandono y explotación. Las leyes federales y estatales protegen su salud y bienestar. Si cree que está experimentando una situación en que sea víctima de abuso, abandono, o explotación, intencional o no, comuníquese con su administrador de atención, otro miembro de su Equipo de atención primaria o con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si cree que está experimentando una instancia de abuso, abandono o explotación y es una emergencia, llame al 911.

**Sección 1.4 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a nuestros servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a escoger un proveedor de atención primaria (PCP/PCT) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica esto más detalladamente). Llame a Relaciones con el Cliente para conocer los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin una derivación. Como miembro del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialista cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener recetas surtidas y renovadas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin esperar demasiado.

Como nuevo beneficiario, tiene derecho a recibir acceso a los servicios acorde con el acceso que tenía anteriormente y tiene autorización para retener a su proveedor actual durante hasta 90 días si ese proveedor no está en nuestra red, o hasta que lo evalúen y se implemente un plan de atención, lo que ocurra primero.

Si considera que no está recibiendo su atención médica ni sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 8, Sección 11 de este folleto, se explica lo que puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 8, Sección 5, se explica lo que puede hacer).

**Sección 1.5 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información de salud. Le enviaremos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

---

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le esté proporcionando atención o pagando por su atención, *debemos obtener un permiso por escrito de usted*. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien que tenga la facultad legal para tomar decisiones por usted.
- Hay algunas excepciones donde no es obligatorio obtener su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
  - Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
  - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare, lo que incluye información sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según las leyes y normativas federales.

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

---

**Puede ver esta información en sus registros y saber cómo se comparte con otros**

Tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos agregar información o hacer correcciones en su historia clínica. Si nos solicita esto, lo veremos con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se comparte su información con otros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

<b>Sección 1.6</b>	<b>Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos distintos de información. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le entreguemos información en una forma que le resulte conveniente. Esto incluye obtener información en idiomas diferentes del inglés, letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que han hecho miembros y las calificaciones de desempeño, lo que incluye la manera en que los miembros del plan lo han evaluado y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a que le entreguemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y cómo le pagamos a los proveedores en nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
  - Para obtener una lista de las farmacias en la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.

Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o visitar nuestro sitio web [thmp.org/sco-member](http://thmp.org/sco-member).

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use su cobertura.**
  - En los capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos los servicios médicos que usted tiene cubiertos, todas las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto más la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican los medicamentos cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones que tiene su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierta, tiene derecho a solicitarnos cambiar la decisión. Nos puede solicitar cambiar la decisión con una apelación. Para obtener información más detallada sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este folleto. Se entrega información detallada sobre cómo hacer una apelación si es que quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 explica cómo presentar una queja sobre calidad de atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si quiere solicitarle a nuestro plan que pague su parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este folleto.

<b>Sección 1.7</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

**Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención de salud**

Tiene derecho a obtener información completa sobre sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando vaya a obtener atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención de salud. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, estos son sus derechos:

## Capítulo 7. Sus derechos y deberes

---

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por el plan. También incluye que le informen sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usar los medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones médicas o tratamientos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de irse del hospital o cualquier otro establecimiento médico, incluso si su médico recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si un proveedor rechazó la atención que usted creía que iba a recibir. Para recibir esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este folleto explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

### Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se hará si es que no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

Algunas veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismos sobre atención de salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si es que alguna vez se vuelve incapaz de tomar las decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si es que se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas**”. Hay muchos tipos de instrucciones anticipadas con distintos nombres. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para la atención de salud**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si quiere usar una “instrucción anticipada” para dejar instrucciones, a continuación le explicamos cómo:

- **Obtenga el formulario.** Si quiere tener una instrucción anticipada, puede solicitarle un formulario a su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede conseguir formularios de instrucción anticipada en organizaciones que entregan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Relaciones con el Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

prepararlo.

- **Entrégueles copias a las personas correspondientes.** Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que indique en el formulario para tomar las decisiones por usted si es que usted no puede. Le recomendamos entregarles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo hospitalizan, le preguntarán si es que firmó un formulario de instrucción anticipada y si es que lo llevó.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si es que quiere firmar uno.

**Recuerde, es su decisión si es que quiere llenar una instrucción anticipada** (incluso si quiere firmar una si es que está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar o no una instrucción anticipada.

**¿Qué pasa si no siguen mis instrucciones?**

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública, Oficina del Comisionado, 250 Washington Street, Boston, MA 02110, 1-617-753-8000.

<b>Sección 1.8</b>	<b>Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos, el Capítulo 8 de este folleto explica cómo hacerlo. Entrega información detallada sobre cómo tratar con todo tipo de problemas y quejas. Depende de la situación lo que tendrá que hacer para solucionar un problema o una inquietud. Puede que necesite que solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, hacer una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independiente de lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, hacer una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

<b>Sección 1.9</b>	<b>¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?</b>
--------------------	---

**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos por raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de**

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

**Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Se trata de otra cosa?**

Si cree que lo trataron injustamente o si no se respetaron sus derechos, *pero no* es por discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede llamar a **My Ombudsman**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

**Sección 1.10      Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre la información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.  
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 2      Usted tiene algunos deberes como miembro del plan**

---

<b>Sección 2.1      ¿Cuáles son sus deberes?</b>
--

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de Evidencia de cobertura para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los capítulos 3 y 4 entregan información detallada sobre sus servicios médicos, incluido lo que se cubre, lo que no se cubre, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
  - El Capítulo 5 entrega información detallada sobre su cobertura para medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos de venta con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** Llame a Relaciones con el Cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
  - Debemos seguir las reglas que establece Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) para garantizar que usted esté usando toda su cobertura en conjunto cuando obtiene sus servicios cubiertos por parte de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**”, ya que involucra la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que está disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliación al plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Para ayudar a sus médicos y otros proveedores, entrégueles información, haga preguntas y haga un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a los médicos y otros proveedores de salud a prestar el mejor cuidado, aprenda lo más posible sobre sus problemas de salud y entrégueles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención de salud le expliquen de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

---

otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe ser beneficiario de la Parte A y Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options, MassHealth Standard (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no cumple sus requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B. Si MassHealth Standard (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir afiliado al plan.
  - Si obtiene servicios médicos o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo completo.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este folleto para obtener información sobre cómo hacer una apelación.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se habla sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si es que se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede afiliarse a cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos avisarle si tenemos un plan en su área nueva.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igual necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
    - **Llame a Relaciones con el Cliente para obtener ayuda si es que tiene preguntas o inquietudes.**  
También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de llamadas de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

---

**SECCIÓN 3      Cómo lo ayudamos a recibir atención de calidad**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Programa de administración médica</b>
--------------------	--

**Capítulo 7. Sus derechos y deberes**

---

Nuestro Programa de administración médica (MM, Medical Management) ayuda a coordinar que los miembros reciban atención de salud de calidad en un entorno de tratamiento adecuado. MM se refiere al proceso por el cual Tufts Health Plan o un proveedor de atención de salud autoriza la cobertura de procedimientos o tratamientos de atención de salud.

Las decisiones de cobertura están basadas en pautas de necesidad médica que utilizan las pautas de cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) y la adecuación de la atención, el servicio y el entorno.

Tiene derecho a una conversación honesta con un miembro de su Equipo de atención primaria sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, independiente del costo o la cobertura de beneficios.

El Programa de administración médica de Tufts Health Plan sigue todas las Pautas de cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

# CAPÍTULO 8

*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja**  
**(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja**  
**(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>163</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción..... 163</b>
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud..... 163
Sección 1.2	Términos legales..... 163
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros ..... 164</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada..... 164
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema? ..... 165</b>
Sección 3.1	¿Debería usar el proceso de los beneficios de Medicare o de los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)? ..... 165
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u></b> .....	<b>166</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Resolución de problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>..... 166</b>
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso de presentación de quejas? ..... 166
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones..... 167</b>
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general ..... 167
Sección 5.2	Cómo conseguir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación..... 168
Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo entrega detalles para su situación? ..... 169
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 170</b>
Sección 6.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que lo reembolsemos por su atención..... 170
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)..... 171
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)..... 175
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 ..... 178
Sección 6.5	¿Qué ocurre si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

	atención médica? .....	180
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>181</b>
Sección 7.1	Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le paguemos un medicamento de la Parte D .....	181
Sección 7.2	¿Qué es una excepción? .....	183
Sección 7.3	Elementos importantes a conocer cuando solicite excepciones .....	184
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....	185
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) .....	188
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 .....	191
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto .....</b>	<b>193</b>
Sección 8.1	Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sus derechos .....	193
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital .....	195
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital .....	198
Sección 8.4	¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ..	199
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto .....</b>	<b>202</b>
Sección 9.1	<i>Esta sección se trata solo de tres servicios: Servicios de atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) .....</i>	<i>202</i>
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura .....	203
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo .....	203
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo .....	206
Sección 9.5	¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ..	207
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior .....</b>	<b>210</b>
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos .....	210
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D	

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

.....	211
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes..... 213</b>
Sección 11.1	¿Qué tipos de problema resuelve el proceso de quejas? ..... 213
Sección 11.2	El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal” .. ..... 215
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja ..... 215
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ..... 216
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su queja ..... 217
Sección 11.6	También puede informar a MassHealth (Medicaid) sobre su queja..... 217
Sección 11.7	Quejas relacionadas con paridad de salud mental ..... 217
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MASSHEALTH</u> <u>STANDARD (MEDICAID)</u></b>	<b>..... 218</b>
<b>SECCIÓN 12.....</b>	<b>Resolución de problemas relacionados con sus beneficios de <u>MassHealth Standard (Medicaid)</u>..... 218</b>
Sección 12.1	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 1 de MassHealth (Medicaid) ..... 218
Sección 12.2	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid) ..... 221
Sección 12.3	Apelaciones adicionales relacionadas con la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) ..... 222

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****ANTECEDENTES****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud**

Este capítulo explica los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que usa para resolver su problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **MassHealth Standard (Medicaid)**. Si desea obtener ayuda para decidir usar el proceso de Medicare o el proceso de MassHealth Standard (Medicaid), o ambos, comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
2. El tipo de problema que tenga:
  - Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
  - Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y pronta solución de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe usar? La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para usted.

**Sección 1.2 Términos legales**

Hay términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificarlos, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en vez de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización”, o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse más clara y precisamente cuando aborde su problema y consiga la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando entregamos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros**

---

**Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada**

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, podría no tener el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

**Conseguir ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones también podría querer recibir ayuda u orientación de una persona que no esté relacionada con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Assistance Program)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

**También puede recibir ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación se mencionan dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

**También puede recibir ayuda e información de MassHealth Standard (Medicaid)**

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

<b>MassHealth (programa Medicaid de Massachusetts)</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-841-2900
<b>TTY</b>	1-800-497-4648  Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>ESCRIBA</b>	Para conocer la ubicación de su Centro de Inscripción de MassHealth más cercano, llame al 1-800-841-2900 (TTY 1-800-497-4648)
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</a>

My Ombudsman trabaja con el miembro, MassHealth, y cada plan de salud de MassHealth para ayudar a resolver inquietudes y garantizar que los miembros reciban sus beneficios y ejerzan sus derechos dentro de su plan de salud. Pueden ayudarlo a presentar una queja formal o una apelación con nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>My Ombudsman</b>
<b>LLAME AL</b>	1-855-781-9898 Disponibile de 9:00 a. m. a 4:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>TTY</b>	711
<b>ESCRIBA A</b>	My Ombudsman 11 Dartmouth Street Suite 301 Malden, MA 02148 Correo electrónico: <a href="mailto:info@myombudsman.org">info@myombudsman.org</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.myombudsman.org">www.myombudsman.org</a>

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

**SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?**

---

<b>Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para los beneficios de Medicare o para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)?</b>
--

Ya que es beneficiario de Medicare y recibe ayuda de MassHealth Standard (Medicaid), tiene procesos diferentes que puede usar para solucionar su problema o queja. La decisión de qué procesos usar depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid), entonces debe usar el proceso de MassHealth Standard (Medicaid). Si desea obtener ayuda para decidir usar el proceso de Medicare o el proceso de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de MassHealth Standard (Medicaid) están descritos en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, use el siguiente cuadro.

---

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica,  
**COMIENCE AQUÍ**

**¿Está su problema relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)?**

(Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con Relaciones con el Cliente. Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Avance a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Resolución de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **MassHealth Standard (Medicaid)**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **“Resolución de problemas relacionados con sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)”**.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

---

**PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE****SECCIÓN 4 Resolución de problemas relacionados con sus  
beneficios de Medicare**

---

**Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y  
apelaciones? ¿O debería usar el proceso de presentación de  
quejas?**

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas relacionadas con sus **beneficios cubiertos por Medicare**.

---

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionado con sus beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

**¿Está su problema o inquietud relacionado con sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye problemas sobre la cobertura de atención médica particular o medicamentos de venta con receta, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos de venta con receta.)

**Sí.** Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe en la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**

**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes”**.

---

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 5      Guía sobre lo básico de las decisiones de  
cobertura y apelaciones****Sección 5.1      Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar  
apelaciones: perspectiva general**

El proceso de solicitar decisiones de cobertura y apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe usar cuando tenga problemas tales como si un servicio está cubierto o no y la manera en que el servicio está cubierto.

**Cómo solicitar decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomaremos una decisión de cobertura siempre que decidamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico perteneciente a la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cada vez que usted recibe atención médica proporcionada por él o si su médico perteneciente a la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a ofrecer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

**Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” de la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que hemos tomado con respecto a su cobertura.

Cuando apela de una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las reglas de manera adecuada. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable inicial. Le entregaremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más tarde, puede solicitar una apelación expedita o “decisión rápida de cobertura” o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la realiza una organización independiente no relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a una organización independiente para una apelación de Nivel 2. Le haremos

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

saber si esto ocurre. En otras situaciones, necesitará solicitar una apelación de Nivel 2.) Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, podría avanzar a niveles adicionales de apelación.

**Sección 5.2      Cómo conseguir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Le gustaría obtener ayuda? Aquí presentamos algunos recursos que podría querer usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar de una decisión:

- Puede **llamarnos a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
  - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su representación. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, será enviada automáticamente a Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser nombrado como su representante.
  - Para medicamentos de venta con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su representación. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe ser nombrado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su representación.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Podría haber personas que ya estén legalmente autorizadas para actuar como su representante según las leyes estatales.
  - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio en <https://www.tuftsmedicarepreferred.org/forms>.) El formulario le otorga autorización a la persona para actuar en su representación. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su representación. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados cercano u otros servicios de derivación. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar a una decisión.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 5.3      ¿Qué sección de este capítulo entrega detalles para su situación?**

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, entregamos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto” (*Aplica solo a estos servicios: servicios de atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility]*)

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede conseguir ayuda o información de organizaciones gubernamentales tales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto incluye los números de teléfono de este programa).

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una  
decisión de cobertura o presentar una  
apelación**

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre “lo básico” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha leído, le recomendamos hacerlo antes de comenzar esta sección.

**Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para  
obtener cobertura para atención médica o si quiere que lo  
reembolsemos por su atención**

Esta sección está relacionada con sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)* Para simplificarlo, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en vez de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye los artículos y servicios médicos como también los medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud por medicamentos de venta con receta de la Parte B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos de venta con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan.
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan, pero le comunicamos que no pagaremos esta atención.
4. Recibió y pagó atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha obtenido y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría dañar su salud.

- **NOTA: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Capítulo 8, Sección 8: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 8, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección se trata solo de tres servicios: servicios de atención de salud domiciliarios, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
- Para *todas las otras* situaciones que involucren que le comuniquen que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, use esta sección (Sección 6) como su guía para lo que debe hacer.

### ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención médica o los servicios médicos que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Avance a la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 6.2</b> .
¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico en la manera en que usted desea que lo cubramos y paguemos?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto quiere decir que nos pide una reconsideración). Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le paguemos por atención o servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

### Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

#### Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como una “**determinación de la organización**”.

**Paso 1:** Solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**decisión rápida de cobertura**”.

#### Términos legales

Una “**decisión rápida de cobertura**” se llama “**determinación expedita**”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### *Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Esto puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

### *Generalmente, usamos los plazos estándar para entregarle nuestra decisión*

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le entregaremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si pide más tiempo, o si necesitamos información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)

### *Si su solicitud lo exige, solicite que tomemos una “decisión rápida de cobertura”*

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico.**
  - **Sin embargo**, para una solicitud **por un artículo o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si está solicitando cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud está relacionada con pagos por atención médica que ya haya recibido.)
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico le informa que su salud exige una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente entregarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud exige que le entreguemos una respuesta rápida de cobertura.
  - Si decidimos que la afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y usaremos los plazos “estándar” en su lugar).
  - Esta carta le informará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, le entregaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

### **Paso 2: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le entregamos nuestra respuesta.**

#### ***Plazos para una decisión “rápida” de cobertura***

- Generalmente, para una decisión rápida de cobertura respecto de una solicitud por artículo o servicio médico, le entregaremos una respuesta **dentro de 72 horas**. Si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le entregamos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

medicamento de venta con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación, indica cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que aceptamos proporcionar dentro de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura respecto de su solicitud por un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos cobertura antes del final del período extendido.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué tomamos la decisión desfavorable.

***Plazos para una decisión “estándar” de cobertura***

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura respecto de una solicitud por un artículo o servicio médico, le entregaremos nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario desde que recibimos su solicitud**. Si solicita un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, le entregaremos una respuesta **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
  - Para una solicitud por un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le entregamos nuestra respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 a continuación, indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar dentro de 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B, después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura respecto de su solicitud por un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos cobertura antes del final del período extendido.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué tomamos la decisión desfavorable.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### **Paso 3:** Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos, y quizá cambiemos, esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para recibir la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

<b>Sección 6.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como “reconsideración” del plan.

**Paso 1:** Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

#### *Lo que debe hacer*

- **Para comenzar una apelación usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica.*
- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito con una solicitud.** También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica*).
  - o Si alguien apela de nuestra decisión en su representación además de usted o su médico, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>.) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si va a solicitar una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica*).
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito en el que enviamos nuestra respuesta a una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si lo requiere su salud, solicite una “apelación rápida” (nos puede llamar para hacer la apelación).*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “ <b>apelación expedita</b> ”.

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una.

### **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando analicemos su apelación, volveremos a revisar bien toda la información sobre su solicitud para cobertura de atención médica. Revisamos para asegurarnos que seguimos todas las normas cuando negamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Si usamos los plazos acelerados, tenemos que responderle **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Informaremos nuestra respuesta antes, si su estado de salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesita que recopilemos más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde lo revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

### *Plazos para una apelación “estándar”*

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta sobre una solicitud por un artículo o servicio médico **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación si es que es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, le informaremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación, si es que es sobre cobertura para un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido. Informaremos nuestra decisión antes, si su estado de salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesita que recopilemos más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo correspondiente antes indicado (o

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

al final del período extendido si tomamos días adicionales en su solicitud por un artículo o servicio médico), debemos enviarle su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde lo revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 30 días calendario o **dentro de 7 días calendario** después de recibir su solicitud si es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

**Paso 3:** Si la respuesta del plan es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando negamos la apelación, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, quiere decir que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación que corresponde al Nivel 2.

### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Si negamos la apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se denomina “**IRE (Independent Review Entity)**”.

**Paso 1:** La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar la apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.

*Si tuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2.*

- Si tuvo una apelación rápida con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

*Si tuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2.*

- Si tuvo una apelación estándar con nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** desde que recibió su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe informarle la respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.**

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar; o dentro de 72 horas desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un medicamento de venta con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de venta con receta de

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la Parte B de Medicare en disputa dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro de **24 horas** desde la fecha que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.

- **Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan sobre que no se debería aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica. (Esto se llama “mantener la decisión”. También se llama “rechazar la apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3.
 

Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir ciertos requisitos mínimos. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar la cantidad en dólares para continuar el proceso de apelación.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información detallada sobre cómo hacer esto está en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o juez mediador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

### **Sección 6.5      ¿Qué ocurre si nos solicita que le paguemos una factura que recibió por atención médica?**

Si nos quiere solicitar el pago por una atención médica, lea primero el Capítulo 6 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 6 describe las situaciones donde pueda necesitar solicitarnos reembolso o pagar una factura que le haya enviado un proveedor. También explica cómo enviarnos el papeleo para la solicitud de pago.

### **Solicitarnos el reembolso significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura**

Si nos envía el papeleo para solicitar el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto, consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios (lo que*

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

*está cubierto*). También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica (estas reglas se indican en el Capítulo 3 de este folleto: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

### Aceptaremos o no aceptaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de su atención médica dentro de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.  
Cuando enviamos el pago, es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta y *no* siguió las reglas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos por los servicios y los motivos detallados. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que *no aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

### ¿Qué pasa si solicito el pago y me dicen que no pagarán?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede hacer una apelación**. Si hace una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga los procesos para apelaciones que describimos en la Sección 5.3.** Vaya a esta sección para ver las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si hace una apelación para reembolso, tenemos que informarle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado o enviarlo al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

---

## SECCIÓN 7 Medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía sobre “lo básico” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha leído, le recomendamos hacerlo antes de comenzar esta sección.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**Sección 7.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le paguemos un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de venta con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para la cobertura, el medicamento se debe usar por una indicación aceptada por un médico. (Una “indicación aceptada por un médico” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada por un médico).

- **Esta sección es solo sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificarlo, normalmente diremos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir todas las veces “medicamento de venta con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener información detallada sobre los medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones sobre cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Uso de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).

### Decisiones de cobertura de la parte D y apelaciones

Como se explica en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura corresponde a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

#### Términos legales

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “**determinación de cobertura**”.

A continuación, hay algunos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita hacer sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita hacer una excepción, lo que incluye lo siguiente:
  - Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no esté dentro de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Solicitar eximirse de una restricción de la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Nos pregunta si tiene cobertura para un medicamento o si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es necesario que lo aprobemos antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta:* Si le dicen en la farmacia que su receta no se puede surtir como se indica por escrito, recibirá un aviso por escrito donde se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
    - Nos solicita el pago de un medicamento de venta con receta que ya pagó. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, puede apelar de nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información sobre su situación:

### ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita eximirse de una regla o restricción en un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que usted cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación anticipada) para obtener el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le paguemos por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos el pago. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera en que usted desea que lo cubramos y paguemos?	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide una reconsideración). Vaya a la <b>Sección 7.5</b> de este capítulo.

### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si no se cubre un medicamento de la manera que desearía que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos la solicitud de una excepción, puede apelar de nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que emita recetas tendrá que explicar los motivos médicos para necesitar la aprobación de la excepción. Luego

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

consideraremos su solicitud. A continuación, hay dos ejemplos de excepciones que nos pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que emita recetas.

### 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.

(La llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos).

#### Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamento a veces se conoce como solicitar una “**excepción del formulario**”.

### 2. Retiro de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Hay reglas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y revise la Sección 4).

#### Términos legales

Solicitar el retiro de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se conoce como solicitar una “**excepción del formulario**”.

- Las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
  - *Tener que usar la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.
  - *Obtener aprobación anticipada del plan* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
  - *Tener que probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos está solicitando. (Esto a veces se conoce como “terapia escalonada”).
  - *Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.

## Sección 7.3 Elementos importantes que hay que conocer cuando solicite excepciones

### Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otro profesional que emita recetas debe darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emita recetas cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

“alternativos”. Si un medicamento sería igual de eficaz que un medicamento que está solicitando y no generaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente *no* aprobaríamos su solicitud por una excepción.

### Podemos aceptar o no aceptar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra autorización es válida hasta el fin del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si damos una respuesta desfavorable a una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión con una apelación. En la Sección 7.5 se explica cómo hacer una apelación si la respuesta es desfavorable.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

**Paso 1: Nos solicita tomar una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pagos que necesite.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el pago de un medicamento que ya pagó.**

#### *Lo que debe hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Primero, llámenos, escribanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Esto lo puede hacer usted, su representante o su médico (u otro profesional que emita recetas). También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando pide una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*. O bien, si está solicitando el pago de un medicamento, vaya a la sección llamada *Dónde enviar una solicitud en la que nos solicite pagar nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido*.
- **Usted, su médico o alguien más que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su representación.
- **Si nos quiere solicitar el pago de un medicamento,** lea primero el Capítulo 6 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 6 describe las situaciones donde podría necesitar solicitar el reembolso. También explica cómo enviarnos el papeleo para solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de un medicamento que pagó.
- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”.** Su

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médico u otro profesional que emita recetas debe entregarnos los motivos médicos para la excepción del medicamento que nos está solicitando. (Llamamos a esto la “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que emita recetas puede enviarnos un fax o correo con la declaración. O bien, su médico u otro profesional que emita recetas puede explicarnos por teléfono y enviar por fax o correo una declaración escrita si fuera necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluso una solicitud enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, disponible en nuestro sitio web.

*Si su solicitud lo exige, solicite que tomemos una “decisión rápida de cobertura”*

### Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se llama “**determinación expedita de cobertura**”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le entregaremos una respuesta dentro de 72 horas después recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si la está solicitando para un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el pago de un medicamento que ya pagó).
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico u otro profesional que emita recetas le informa que su salud exige una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente entregarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico u otro profesional que emita recetas, decidiremos si su salud exige que le entreguemos una respuesta rápida de cobertura.
  - Si decidimos que la afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que lo indique (y usaremos los plazos “estándar” en su lugar).
  - Esta carta le informará que, si su médico u otro profesional que emita recetas solicita la decisión rápida de cobertura, le entregaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Explica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de 24 horas

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

después de haber recibido la queja. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

### **Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

#### *Plazos para una decisión “rápida” de cobertura*

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que informarle nuestra respuesta **dentro de 24 horas**.
  - Por lo general, esto quiere decir 24 horas después de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la declaración del médico que respalda la solicitud. Informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 24 horas después de haber recibido su apelación o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo apelar.

#### *Plazos para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que no ha recibido.*

- Si usamos los plazos acelerados, tenemos que informarle nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
  - Por lo general, esto quiere decir 72 horas después de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta dentro de 72 horas después de recibir la declaración del médico que respalda la solicitud. Informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de 72 horas** después de haber recibido su apelación o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo apelar.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### *Plazos para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró.*

- Debemos informarle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, tenemos, además, la obligación de pagarle dentro de 14 días calendario después de recibir la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo apelar.

### **Paso 3: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

#### Sección 7.4

#### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por**

#### **Términos legales**

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se conoce como “**reconsideración**” del plan.

### **Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación de Nivel 1.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

#### *Lo que debe hacer*

- **Para comenzar una apelación, usted (su médico, su representante u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D.*
- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación con una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus*

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

*medicamentos de venta con receta de la Parte D).*

- **Si va a solicitar una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluso una solicitud enviada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito en el que enviamos nuestra respuesta a una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que emita recetas pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si su salud lo exige, debe solicitar una “apelación rápida”.*

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración expedita”.

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que emita recetas tendrá que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”, indicados en la Sección 7.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a revisar bien toda la información sobre su solicitud para cobertura. Revisamos para asegurarnos que seguimos todas las normas cuando negamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que emita recetas para obtener más información.

#### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Si usamos los plazos acelerados, tenemos que responderle **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo exige.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si no le respondemos dentro de 72 horas, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización Externa Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos la decisión desfavorable y cómo puede apelar nuestra decisión.

### *Plazos para una apelación “estándar”*

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que responderle **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si es que aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo exige, debe solicitar una apelación “rápida”.
  - Si no le informamos nuestra decisión dentro de 7 días calendarios, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización Externa Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que se acordó tan pronto como lo exija su salud, pero **no más allá de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de pago por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué tomamos la decisión desfavorable y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si nos está solicitando el pago por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le informamos nuestra decisión dentro de 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que ocurre en la apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** tenemos, además, la obligación de pagarle dentro de 30 días calendario después de recibir la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo apelar.

### **Paso 3: Si la respuesta a su apelación es desfavorable, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y hacer otra apelación.**

- Si la respuesta a su apelación es desfavorable, entonces usted decide si acepta esta decisión o presenta otra apelación para continuar.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación avanza al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

### **Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**

Si la respuesta a su apelación es desfavorable, entonces usted decide si acepta esta decisión o presenta otra apelación para continuar. Si decide avanzar al Nivel 2 de apelación, la **Organización Externa Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando no aprobamos su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

#### **Términos legales**

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se denomina “**IRE (Independent Review Entity)**”.

### **Paso 1: Para hacer una apelación de Nivel 2, usted (su representante, médico u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitarle una revisión de su caso.**

- Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede hacer una apelación de Nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar la apelación.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le informa la respuesta.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa escogida por Medicare para que, junto con nosotros, revise nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

#### *Plazos para apelaciones “rápidas” en el Nivel 2*

- Si su salud lo exige, debe solicitar a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **dentro de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

#### *Plazos para apelaciones “estándar” en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si nos está solicitando el pago por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 dentro de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** que aprobó la organización de revisión **dentro de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de pago por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

### **¿Qué ocurre si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es desfavorable?**

Si la respuesta de esta organización es desfavorable, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “mantener la decisión”. También

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

se llama “rechazar la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

**Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza la apelación de Nivel 2 y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.  
Si decide hacer una tercera apelación, la información detallada sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibe después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o juez mediador. La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

---

**SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo dará de alta demasiado pronto**

---

Si lo ingresan a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto. *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que le den el alta del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que le den el alta.

- El día que se va del hospital se llama “**fecha de alta.**”
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informará dicha fecha.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección explica cómo hacer la solicitud.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.1 Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sus derechos**

Durante su estadía hospitalaria, recibirá un aviso por escrito de Medicare llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que pertenezcan a Medicare reciben una copia de este aviso cuando se hospitalizan. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe darle este aviso dentro de dos días después del ingreso. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea este aviso detenidamente y pregunte si no entiende algo.** Informa sus derechos como paciente hospitalizado, por ejemplo:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién lo pagará y dónde los puede obtener.
  - Su derecho a estar involucrado en todas las decisiones sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
  - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Su derecho a apelar la decisión de alta si cree que está recibiendo el alta del hospital demasiado pronto.

**Términos legales**

El aviso por escrito de Medicare explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- 2. Debe firmar el aviso por escrito para indicar que lo recibió y entendió sus derechos.**
  - Usted o alguien que actúa en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.)
  - Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital se la dirán). Firmar el aviso **no significa** que está aceptando una fecha de alta.
- 3. Guarde una copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo hacer una apelación (o informar sobre una inquietud sobre la calidad de

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día que recibe el alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800- 633-4227) 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

**Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, tendrá que usar los procesos de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación, se explica cada etapa en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumplir los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que se aplican a los pasos que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, organización gubernamental que proporciona ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación.** Revisará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para conocer el estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.**

**Una “revisión rápida” también se conoce como “revisión inmediata”.**

*¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos de Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### ¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibe (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) explica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

### Actúe con rapidez:

- Para hacer una apelación se debe comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la fecha de alta planificada**. (La “fecha de alta planificada” es la fecha que se estableció para que deje el hospital).
  - Si cumple este plazo, tiene permitido permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer hospitalizado después de su fecha de alta planificada, *tendrá que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente con nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.4.

### Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando a la organización que use los plazos “acelerados” para una apelación, en vez de usar los plazos estándar.

Términos legales
Una “ <b>revisión rápida</b> ” también se conoce como “ <b>revisión inmediata</b> ” o “ <b>revisión expedita</b> ”.

## **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una revisión independiente de su caso.**

### ¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, conversarán con su médico y revisarán la información que el hospital o nosotros les hayamos dado.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Al mediodía después del día que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito con la fecha de alta planificada y los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en dicha fecha.

### Términos legales

Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso de alta detallado**”. Para obtener un ejemplo de este aviso, puede llamar a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo de este aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

**Paso 3:** Dentro de un día completo a partir del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le informarán la decisión de su apelación.

#### ¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *favorable*, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios tengan limitaciones. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

#### ¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **terminará nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** al mediodía *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado sobre su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable* y usted decide permanecer en el hospital, **tendrá que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que haya recibido después del mediodía del día que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado sobre la respuesta a su apelación.

**Paso 4:** Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer otra

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelación.

**Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede hacer una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 2, tendrá que pagar el costo completo por su estadía después de la fecha de alta planificada.

Los siguientes son las etapas para el Nivel 2 del proceso de apelación:

**Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después de que la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación de Nivel 1 sea *desfavorable*. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha de término de la cobertura de la atención.

**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

**Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.*****Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sea médicamente necesarias.**
- Debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibirá indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### **Paso 4:** Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta esa decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta otra apelación. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

<b>Sección 8.4</b>	<b>¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

### **Puede presentar su apelación con nosotros, si desea.**

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, comuníquese rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar la primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que se vaya del hospital y no después de su fecha de alta planificada). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos acelerados en lugar de plazos estándar.

<b>Términos legales</b>
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ <b>apelación expedita</b> ”.

### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos “acelerados”, en lugar de hacerlo con los plazos “estándar”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada y vemos si es médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Revisamos si es que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Revisamos si es que la decisión sobre su alta del hospital es justa y si siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “acelerados” en vez de los plazos estándar para informarle la respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de 72 horas después de solicitar la “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si la respuesta a la apelación rápida es favorable**, significa que estamos de acuerdo con usted sobre la necesidad de que permanezca en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en la medida que sean médicamente necesarios. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que se acabaría la cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable**, significa que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará a partir del día que indicamos que terminaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **tendrá que pagar todo el costo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

### **Paso 4: Si la respuesta a su apelación rápida es *desfavorable*, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando negamos la apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación *en forma automática*.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Si negamos la apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante el Nivel 2 de apelación, una **Organización Externa Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando no aprobamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

#### Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se denomina “**IRE (Independent Review Entity)**”.

#### **Paso 1: Enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente en forma automática.**

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación. (Si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

#### **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores le informan la respuesta dentro de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *favorable*,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. Debemos seguir proporcionando la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Deberá seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo que podríamos seguir con la cobertura de los servicios.
- **Si la respuesta de la organización a su apelación es *desfavorable*,** significa que están de acuerdo con nosotros sobre que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
  - El aviso que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza la apelación, usted decide si quiere avanzar con el proceso.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta la decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto**

<b>Sección 9.1</b>	<b>Esta sección se trata solo de tres servicios: Servicios de atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</b>
--------------------	---

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención de salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un establecimiento de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado en un “establecimiento de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*.)
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información acerca de este tipo de establecimiento, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Si recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención en la medida que la atención se necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, como su parte del costo y cualquier limitación de cobertura que se pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención*.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar de nuestra decisión**. Esta sección explica cómo presentar una apelación.

### Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
  - El aviso por escrito le comunicará la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
  - El aviso por escrito también le informará lo que puede hacer si desea que nuestro plan cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención y siga cubriéndola por un período más largo.

#### Términos legales

El aviso por escrito le comunica lo que puede hacer y, al mismo tiempo, cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención. (La Sección 9.3 a continuación le informa cómo solicitar una apelación rápida).

El aviso por escrito se conoce como **“Aviso de no Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. **Debe firmar el aviso por escrito para indicar que lo recibió.**
  - Usted o alguien que actúa en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 5.2 explica cómo dar un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
  - Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con el plan con respecto a que es momento de dejar de recibir atención.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra la atención por más tiempo**

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.** A continuación, se explica cada etapa en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumplir los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se apliquen a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, organización gubernamental que proporciona ayuda personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si desea cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Cómo presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.**

*¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención de salud que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención de salud recibida por las personas que son beneficiarias de Medicare y revisan decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

*¿Qué debería solicitar?*

- Solicite una “apelación rápida” a esta organización (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente adecuado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### *Su plazo para comunicarse con esta organización.*

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación *a más tardar el mediodía del día después de recibir el aviso por escrito que le comunica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede en cambio presentar su apelación directamente con nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 9.5.

### **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una revisión independiente de su caso.**

#### *¿Qué ocurre durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para fines prácticos) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le entregó nuestro plan.
- Al final del día los revisores nos informarán sobre su apelación y también le enviaremos un aviso por escrito que le explicará con detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso se conoce como “ <b>Explicación Detallada de No Cobertura</b> ”.

### **Paso 3: Dentro de un plazo de un día después que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.**

#### *¿Qué ocurre si los revisores aceptan su apelación?*

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **deberemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber límites para sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

#### *¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?*

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo la atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios de un Centro de

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) *después* de la fecha en que termine su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

### **Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después que la cobertura de su atención haya terminado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelación.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra la atención por más tiempo</b>
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo atención después que la cobertura de su atención haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión que tomaron durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, podría tener que pagar el costo total de su atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que terminaría su cobertura.

Los siguientes son las etapas para el Nivel 2 del proceso de apelación:

### **Paso 1: Comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

### **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar atentamente toda la información relacionada con la apelación.

### **Paso 3: Dentro de 14 días desde haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.**

*¿Qué ocurre si la organización revisora acepta su apelación?*

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le comunicamos que se terminaría la cobertura. **Deberemos seguir proporcionando cobertura** para la atención por el tiempo que sea médicamente necesario.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

### ¿Qué ocurre si la organización revisora rechaza su apelación?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que recibirá indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También indicará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, que está a cargo de un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.

### **Paso 4:** Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.
- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

<b>Sección 9.5</b>	<b>¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

### **Puede presentar su apelación con nosotros, si desea.**

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**

Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación a nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos acelerados en lugar de plazos estándar.

A continuación detallamos los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

<b>Términos legales</b>
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ <b>apelación expedita</b> ”.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta con los plazos “acelerados”, en lugar de hacerlo con los plazos “estándar”.

### **Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, revisaremos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificaremos si cumplimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan de sus servicios cuando los estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para entregarle la respuesta de esta revisión.

### **Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de 72 horas después de solicitar la “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida**, esto significa que estamos de acuerdo con usted respecto a que necesita servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que se acabaría la cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos a partir de esa fecha.
- Si siguió recibiendo atención de salud en el hogar, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando negamos la apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a una “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, quiere decir que pasará al Nivel 2 del proceso de apelación *en forma automática*.

### **Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2**

Si negamos la apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión**

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**Independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”.

Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. En ocasiones se denomina “ <b>IRE (Independent Review Entity)</b> ”.

### **Paso 1: Enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente en forma automática.**

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas desde que le informamos que rechazaríamos la primera apelación. (Si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja es distinto al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

### **Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Salud realiza una “revisión rápida” de la apelación. Los revisores le informan la respuesta dentro de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare escoge para realizar el trabajo de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces deberemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le comunicamos que se terminaría la cobertura. También deberemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo que podríamos seguir con la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** esto significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiará.
  - El aviso que recibirá de la Organización de Revisión Independiente indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le entregará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza la apelación, usted decide si quiere avanzar con el proceso.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede decidir

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación.

La apelación de Nivel 3 es procesada por un juez de Derecho Administrativo o juez mediador.

- La Sección 10 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a Nivel 3 y superior

### Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

**Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de Derecho Administrativo) o un juez mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le informará la respuesta.

- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador acepta su apelación, es posible que el proceso de apelación *llegue o no a su fin***; decidiremos si llevaremos esta apelación a Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar de la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o juez mediador.
  - Si decidimos apelar de la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento acompañante. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en conflicto.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechaza su apelación, es posible que el proceso de apelación *llegue o no a su fin***.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión.

Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechaza la apelación, el aviso que recibirá indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le entregará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una solicitud de Nivel 3, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin;** decidiremos si llevaremos esta apelación a Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar con respecto a una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar de la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar de la decisión, le informaremos por escrito.
    - **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.**
      - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
      - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará si las reglas permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. Si las normas permiten que avance, el aviso por escrito también indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelación.

### Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló es de cierta cantidad en dólares, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que recibirá por su apelación de Nivel 2 explicará con quién puede comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

**Apelación de Nivel 3** Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un juez mediador que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le informará la respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación llega a su fin.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o juez mediador **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o juez mediador rechaza la apelación, el aviso que recibirá indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le entregará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación llega a su fin.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, es posible que el proceso de apelación llegue o no a su fin.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación llega a su fin.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, el aviso que recibirá le informará si las reglas permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. Si las normas permiten que avance, el aviso por escrito también indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso de apelación.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja**  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**SECCIÓN 11      Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

**Sección 11.1      ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de quejas?**

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. Este proceso de queja se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de quejas.

**Si tiene cualquier de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.**

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto por su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que usted cree que debería ser confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted?</li> <li>¿Está disconforme con cómo lo trató Relaciones con el Cliente?</li> <li>¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla?</li> <li>¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro personal de Relaciones con el Cliente u otros departamentos del plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, para conseguir una receta o en la sala de examen.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?</li> </ul>

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p><b>Información que le entregamos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos entregado un aviso que debemos entregarle?</li> <li>• ¿Cree que la información escrita que le entregamos es difícil de entender?</li> </ul>
<p><b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos solicitó que le entreguemos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y la rechazamos, puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no cumplimos los plazos para entregarle una decisión de cobertura o responder a una apelación que presentó, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando una decisión de cobertura que tomamos es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, hay plazos que se aplican. Si considera que no cumplimos estos plazos, puede presentar una queja.</li> <li>• Cuando no le entregamos una decisión a tiempo, se nos exige que enviemos su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo exigido, puede presentar una queja.</li> </ul>

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

### Sección 11.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”

#### Términos legales

- Lo que esta sección denomina “**queja**” también se conoce como “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.

### Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Normalmente, llamar a Relaciones con el Cliente es el primer paso.** Relaciones con el Cliente le hará saber si debe hacer algo más. Llame a Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934 (TTY 711). Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 pm. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
- **Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su queja y enviárnosla.** Si escribe su queja, responderemos a su queja por escrito.
- Puede presentar una queja formal en cualquier momento. Para hacerlo, puede llamar a Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934 (TTY 711), los Representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. También puede presentar una queja formal por escrito si la envía por correo a: Tufts Health Plan Senior Care Options, Attn: Appeals & Grievances Department, 705 Mt. Auburn Street, Watertown, MA 02472. También puede enviarla por escrito por fax al: 1-617-972-9516.

*Reconoceremos su queja formal una vez que la recibamos.*

- También tiene derecho a presentar una Queja formal expedita que podría incluir una queja sobre el rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options de acelerar una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración, o redeterminación, o solicitar una extensión del plazo para una determinación de la organización o reconsideración. El plazo para que Tufts Health Plan Senior Care Options responda es de 24 horas desde la recepción de su queja.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Ya sea que nos llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Relaciones con el Cliente.** Se debe presentar la queja dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual quiere quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud por una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, le otorgaremos automáticamente una “queja rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le entregaremos **una respuesta dentro de 24 horas.**

### Términos legales

Lo que esta sección denomina “**queja rápida**” también se conoce como “**queja formal expedita**”.

### **Paso 2: Revisamos su queja y le entregamos una respuesta.**

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le entreguemos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud exige que respondamos rápido, lo haremos.
- **Se responde a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario.** Si necesita más información y el retraso lo beneficia o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el cual se está quejando, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

### **Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso anteriormente descrito paso a paso.

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención de salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas entidades al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

**Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes o si cree que el plan no aborda su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 11.6 También puede informar a MassHealth (Medicaid) sobre su queja**

Puede presentar una queja sobre Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento directamente ante MassHealth (Medicaid). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

**Sección 11.7 Quejas relacionadas con paridad de salud mental**

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de atención administrada, que incluye a Tufts Health Plan Senior Care Options, proporcionen servicios de salud conductual a miembros de MassHealth Standard (Medicaid) en la misma manera en que proporcionan servicios de salud física. Esto es lo que se conoce como “paridad”. En general, esto significa que:

1. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proporcionar el mismo nivel de beneficios para cualquier problema de salud mental y consumo de sustancias que pueda tener, al igual que para otros problemas físicos que pueda tener;
2. Tufts Health Plan Senior Care Options debe tener requisitos de autorización previa y limitaciones de tratamiento similares para servicios de salud mental y consumo de sustancias al igual que para los servicios de salud física;
3. Tufts Health Plan Senior Care Options debe proporcionarle a usted o a su proveedor los criterios de necesidad médica usados por Tufts Health Plan Senior Care Options para la autorización previa al recibir su solicitud o la de su proveedor; y

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

4. Tufts Health Plan Senior Care Options también debe proveerle dentro de un plazo razonable la razón del rechazo de autorización de servicios de salud mental o consumo de sustancias.

Si cree que Tufts Health Plan Senior Care Options no proporciona paridad como se explicó anteriormente, tiene derecho a presentar una Queja formal ante Tufts Health Plan Senior Care Options. Para obtener más información sobre las Quejas formales y cómo presentarlas, revise la sección anterior de este capítulo sobre cómo presentar una queja.

## PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MASSHEALTH STANDARD (MEDICAID)

### SECCIÓN 12 Resolución de problemas relacionados con sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid)

#### Sección 12.1 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 1 de MassHealth (Medicaid)

Si rechazamos su servicio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid) (consulte la Sección 6 de este capítulo), puede solicitar una apelación de nivel 1.

**Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

#### *Lo que debe hacer*

- **Para comenzar una apelación usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica.*
- **Si va a solicitar una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito o llámenos** al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1
  - o Si alguien apela de nuestra decisión en su representación además de usted o su médico, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o concluir nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explique su derecho a pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si va a solicitar una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre la atención médica*).
- **Debe presentar la solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso por escrito en el que enviamos nuestra respuesta a una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente para no cumplir el plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Si corresponde, puede decidir continuar recibiendo los servicios solicitados a Tufts Health Plan Senior Care Options durante el proceso de apelación. Si desea recibir dicha continuidad de servicios, usted o su representante de apelación autorizado debe enviar su solicitud de apelación dentro de diez (10) días calendario desde la fecha indicada en el aviso por escrito que le enviamos para informarle la respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura e indicar que desea seguir recibiendo estos servicios.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden entregarnos información adicional para respaldar su apelación.

*Si lo requiere su salud, solicite una “apelación rápida” (nos puede llamar para hacer la apelación).*

<b>Términos legales</b>
Una “apelación rápida” también se llama una <b>“apelación expedita”</b> .

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en este capítulo).

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una.

### **Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando analicemos su apelación, volveremos a revisar bien toda la información sobre su solicitud para cobertura de atención médica. Revisamos para asegurarnos que seguimos todas las normas cuando negamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

#### *Plazos para una apelación “rápida”*

- Si usamos los plazos acelerados, tenemos que responderle **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Informaremos nuestra respuesta antes, si su estado de salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito.
  - Si no le entregamos una respuesta dentro de 72 horas (o antes del final del período extendido si tardamos días adicionales), puede continuar con una apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos un aviso por escrito que incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Junta de Audiencias.

#### *Plazos para una apelación “estándar”*

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación si es que es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Informaremos nuestra decisión antes, si su estado de salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para decidir, lo informaremos por escrito.
  - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, como quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le entregamos una respuesta antes del plazo mencionado anteriormente (o antes del final del período extendido si tardamos días adicionales), puede continuar con una apelación de Nivel 2.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos un aviso por escrito que incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Junta de Audiencias.

**Sección 12.2 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2 de MassHealth (Medicaid)**

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1 relacionada con un beneficio cubierto por MassHealth Standard (Medicaid) (consulte la Sección 6 de este capítulo), puede solicitar una revisión independiente realizada por la Junta de Audiencias de MassHealth (Medicaid). Durante la apelación de Nivel 2, la **Junta de Audiencias** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Ellos deciden si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

**Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2 ante MassHealth (Medicaid), usted (o su representante, médico u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con la Junta de Audiencias y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Junta de Audiencias. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la Junta de Audiencias.
- Si decide solicitar una apelación externa, debe enviar su solicitud de audiencia por escrito a la Junta de Audiencias dentro de 120 días calendario desde la fecha de envío del aviso de rechazo de Tufts Health Plan Senior Care Options. El Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Tufts Health Plan Senior Care Options puede ayudarlo con este proceso. Las solicitudes de audiencia se deben enviar a:

Executive Office of Health and Human Services  
Board of Hearings  
Office of Medicaid  
100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor  
Quincy, MA 02171

O por fax al 1-617-847-1204

- Cuando presenta una apelación ante la Junta de Audiencias, les enviaremos la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional para respaldar su apelación a la Junta de Audiencias.

## Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Derecho de continuidad de servicios:

- Si corresponde, puede decidir continuar recibiendo servicios de Tufts Health Plan Senior Care Options durante el proceso de apelación estándar o expedito. Si desea recibir dicha continuidad de servicios, usted o su representante de apelación autorizado debe enviar su solicitud de apelación dentro de diez (10) días calendario desde la fecha de nuestra carta de apelación de Nivel 1 e indicar que desea seguir recibiendo estos servicios. Usted será elegible para recibir estos servicios hasta que retire su apelación o la Junta de Audiencias le entregue una respuesta.
- Si el resultado de la revisión externa no es favorable para usted, será responsable financieramente por los servicios proporcionados.

### **Paso 2: La Junta de Audiencias revisará su apelación a MassHealth Standard (Medicaid).**

- La Junta de Audiencias programará una fecha y hora para su audiencia.
- Los revisores en la Junta de Audiencias examinarán atentamente toda la información relacionada con la apelación.
- Si la Junta de Audiencias necesita más tiempo para recopilar más información que lo pueda beneficiar, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**.

### **Paso 3: La Junta de Audiencias le informa su respuesta.**

La Junta de Audiencias le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la Junta de Audiencias responde favorablemente a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica dentro de 72 horas después que recibamos la decisión de la Junta de Audiencias o tan pronto como su salud lo exija.
- **Si la respuesta de la Junta de Audiencias es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan sobre que no se debería aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura. (Esto se llama “mantener la decisión”. También se llama “rechazar la apelación”).

<b>Sección 12.3</b>	<b>Apelaciones adicionales relacionadas con la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid)</b>
---------------------	--

**Si está disconforme con la decisión de la Junta de Audiencias, usted decide si desea continuar con la apelación.**

- Si está en desacuerdo con la decisión de la Junta de Audiencias, hay niveles adicionales de apelación disponibles para usted, que incluyen la revisión judicial de la decisión en virtud de la ley general de Massachusetts.
- Para hacerlo, deberá llenar otro formulario de Solicitud de Audiencia Justa, el que recibirá junto con la carta de determinación de la apelación, y enviarlo por correo o fax a la misma dirección ya mencionada.
- El aviso por escrito de la decisión que recibirá de la Junta de Audiencias incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación adicional**.

**Capítulo 8. Qué hacer si tiene un problema o una queja  
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la Junta de Audiencias.

Para pedir ayuda con cualquiera de las opciones del proceso de apelaciones, llame a Relaciones con el Cliente al 1-855-670- 5934 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

# CAPÍTULO 9

*Fin de su afiliación al plan*

## **Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>226</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en cómo finalizar su afiliación a nuestro plan .....	226
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede finalizar su afiliación al plan?.....</b>	<b>226</b>
Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su afiliación porque es beneficiario de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).....	226
Sección 2.2	Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción anual .....	227
Sección 2.3	Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	228
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un período de inscripción especial .....	228
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su afiliación? .....	229
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede finalizar su afiliación al plan? .....</b>	<b>230</b>
Sección 3.1	Normalmente, su afiliación al plan finaliza cuando se inscribe en otro plan.....	230
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su afiliación, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ...</b>	<b>231</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su afiliación, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	231
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones.....</b>	<b>232</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan? .....	232
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud .....	233
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su afiliación a nuestro plan .....	233

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en cómo finalizar su afiliación a nuestro plan</b>
--------------------	---

Finalizar su afiliación a Tufts Health Plan Senior Care Options puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo.
  - Hay solo ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, donde puede voluntariamente cancelar su afiliación al plan. La Sección 2 le informa cuándo puede finalizar su afiliación al plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar su afiliación voluntariamente varía en función de qué tipo de cobertura elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su afiliación en cada situación.
    - Hay también situaciones limitadas en que no elige abandonarlo, pero en que estamos obligados a finalizar su afiliación. La Sección 5 lo informa sobre las situaciones en que debe finalizar su afiliación.

Si abandonará nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación.

---

**SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede finalizar su afiliación al plan?**

---

Puede finalizar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertos períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también podría ser elegible para abandonar el plan en otros períodos del año.

<b>Sección 2.1</b>	<b>Es posible que pueda finalizar su afiliación porque es beneficiario de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid)</b>
--------------------	---

La mayoría de los beneficiarios de Medicare puede finalizar su afiliación solo durante ciertos períodos del año. Ya que es beneficiario de MassHealth Standard (Medicaid), es posible que pueda finalizar su afiliación en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los Períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar el siguiente período para finalizar su afiliación o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su afiliación a nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le entrega más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.
    - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos de venta con receta independiente, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela la inscripción de la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare y opta por no tener una cobertura admisible de medicamentos de venta con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “admisibles” se refiere a la cobertura que se espera que se pague, en promedio, como mínimo, equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta).

Comuníquese con MassOptions para aprender más sobre las opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Su afiliación normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar plan. Su inscripción en un nuevo plan también comenzará ese día.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción anual</b>
--------------------	--

Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el período en que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
  - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

- Original Medicare *con* un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.
- *o bien* – Original Medicare *sin* un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.

**Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos de venta con receta independiente, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela la inscripción de la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare y opta por no tener una cobertura admisible de medicamentos de venta con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “admisible” se refiere a la cobertura que se espera que se pague, en promedio, como mínimo, equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta).

Comuníquese con MassOptions para aprender más sobre las opciones de planes de MassHealth (Medicaid) (los números de teléfono se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto)

- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Su afiliación finalizará el 1 de enero cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

**Sección 2.3      Puede finalizar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para afiliarse a un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare para añadir cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, su afiliación al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

**Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, también podría ser elegible para finalizar su membresía en otros períodos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para finalizar su afiliación durante un Período de inscripción especial.

Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa se puede comunicar con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio web de Medicare

(<https://www.medicare.gov>):

- Normalmente, cuando se muda
  - Si es beneficiario de MassHealth Standard (Medicaid)
  - Si es elegible para el programa “Extra Help” con pago por sus recetas médicas de Medicare.
  - Si infringimos nuestro contrato con usted
  - Si recibe atención en una institución, tal como una casa de reposo u hospital de atención a largo plazo (LTC, Long-Term Care).
  - Si se inscribe en el Programa de Asistencia Integral del Anciano (PACE, Program of All-inclusive Care for the Elderly).
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
  - **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos de venta con receta. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
    - Otro plan de salud de Medicare (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
    - Original Medicare *con* un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.
    - – o bien – Original Medicare *sin* un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.

**Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos de venta con receta independiente, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela la inscripción de la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare y opta por no tener una cobertura admisible de medicamentos de venta con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (La cobertura “admisible” se refiere a la cobertura que se espera que se pague, en promedio, como mínimo, equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su afiliación?** Su afiliación normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción su solicitud de cambiar plan.

**Nota:** Las Secciones 2.1 y 2.2 entregan más detalles sobre el período de inscripción especial para beneficiarios de MassHealth Standard (Medicaid) y Extra Help.

<b>Sección 2.5</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación?</b>
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo puede finalizar su afiliación:

- Puede **llamar a Relaciones con el Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted).
  - Todas las personas afiliadas a Medicare reciben una copia de *Medicare & You* cada otoño. Quienes son nuevos en Medicare lo recibirán un mes después de la inscripción.
  - También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede pedir una copia impresa si llama a Medicare al número que se indica a continuación.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan****SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación al plan?****Sección 3.1 Normalmente, su afiliación al plan finaliza cuando se inscribe en otro plan**

Normalmente, para finalizar su afiliación a nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha elegido un plan independiente de medicamentos de venta con receta de Medicare, debe solicitar que cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que cancelen su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).
- --o-- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.</li> </ul>

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura del plan nuevo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan Medicare de medicamentos de venta con receta independiente.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos de venta con receta independiente, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.</li> <li>○ Si cancela la inscripción de la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare y opta por no tener una cobertura admisible de medicamentos de venta con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan.</b> Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).</li> <li>• También puede comunicarse con <b>Medicare</b>, al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>• Se cancelará su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options cuando comience la cobertura de Original Medicare.</li> </ul>

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC) es de lunes a viernes, de 8:45 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo recibe su cobertura de MassHealth Standard (Medicaid).

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

---

**SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que finalice su afiliación, sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	---

Si abandona el plan Tufts Health Plan Senior Care Options, podría pasar algo de tiempo antes que finalice su afiliación y entre en vigor su nueva cobertura de MassHealth Standard (Medicaid). (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos de venta con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos de venta con receta estarán cubiertos solo si los surte una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su afiliación, su estadía hospitalaria normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

---

**SECCIÓN 5 Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su afiliación al plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos finalizar su afiliación al plan?</b>
--------------------	---

**Tufts Health Plan Senior Care Options debe finalizar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no es beneficiario de la Parte A o Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para MassHealth Standard (Medicaid). Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas elegibles tanto para Medicare como para MassHealth Standard (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid), Tufts Health Plan Senior Care Options seguirá proporcionando atención durante el tiempo en que sea razonablemente probable que recupere la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) dentro de un mes. Continuaremos su afiliación durante el resto del mes en que recibamos notificación de MassHealth (Medicaid) sobre su pérdida de elegibilidad, junto con un mes calendario adicional. Si recupera la cobertura de MassHealth Standard (Medicaid) durante este período, no finalizaremos su afiliación.
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje extenso, debe llamar a Relaciones con el Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

números de teléfono de Relaciones con el Cliente están impresos en la contratapa de este folleto).

- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si no es un ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro del cual es beneficiario que proporciona cobertura de medicamentos de venta con receta
- Si nos entrega información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de afiliación para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
  - Si finalizamos su afiliación debido a esta razón, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare finalizará su afiliación a nuestro plan

**¿Dónde puede conseguir más información?**

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación:

- Puede llamar a **Relaciones con el Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud</u></b>
--------------------	--

Tufts Health Plan Senior Care Options no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

**¿Qué debe hacer si esto ocurre?**

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan debido a una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Capítulo 9. Fin de su afiliación al plan**

---

**Sección 5.3      Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su afiliación a nuestro plan**

Si finalizamos su afiliación a nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones para finalizar su afiliación. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de finalizar su afiliación. También puede buscar información sobre cómo presentar una queja en el Capítulo 8, Sección 11.

# CAPÍTULO 10

## *Notificaciones legales*

**Capítulo 10. Notificaciones legales**

---

**Capítulo 10. Notificaciones legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre leyes vigentes .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre no discriminación .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare .....</b>	<b>236</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Aviso sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores .....</b>	<b>237</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Aviso sobre la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio .....</b>	<b>237</b>

**Capítulo 10. Notificaciones legales**

---

---

**SECCIÓN 1      Aviso sobre leyes vigentes**

---

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura* y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y deberes, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que reside.

---

**SECCIÓN 2      Aviso sobre no discriminación**

---

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a atención, llame a Relaciones con el Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si tiene una queja, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Relaciones con el Cliente puede ayudarlo.

---

**SECCIÓN 3      Aviso sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare**

---

Tenemos el derecho y deber de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las normativas de los CMS en los artículos 422.108 y 423.462 del Código de Reglamentos Federales 42 (42 CFR), Tufts Health Plan Senior Care Options, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo las normativas de los CMS en las subpartes B hasta D de la parte 411 de 42 CFR y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

**Capítulo 10. Notificaciones legales**

---

---

**SECCIÓN 4      Aviso sobre la relación entre Tufts Health Plan Senior Care Options y los proveedores**

---

Tufts Health Plan Senior Care Options ofrece cobertura para servicios de atención de salud. Tufts Health Plan Senior Care Options sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en establecimientos y consultorios privados a lo largo del área de servicio. Estos proveedores son independientes, lo que significa que no son empleados ni representantes de Tufts Health Plan Senior Care Options.

Los proveedores no están autorizados a cambiar esta Evidencia de cobertura o suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan Senior Care Options que contradiga esta Evidencia de cobertura.

---

**SECCIÓN 5      Aviso sobre el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio**

---

Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata en forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-855-670-5934 (TTY 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

**Tufts Health Plan, Attention:**

Civil Rights Coordinator Legal Dept.

705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000, (número TTY: 711).

Fax: 617-972-9048

Correo electrónico: [OCRCordinator@tufts-health.com](mailto:OCRCordinator@tufts-health.com).

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

**Capítulo 10. Notificaciones legales**

---

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento Salud y Servicios Humanos, en forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran en [.http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

# CAPÍTULO 11

*Definiciones de palabras importantes*

## **Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** Una apelación es una medida que usted debe tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud, medicamentos de venta con receta o pago por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 explica las apelaciones, incluido el proceso que implica presentar una apelación.

**Área de servicio:** Área geográfica donde el plan de salud acepta miembros si limita la afiliación según dónde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, también limitan normalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan podría cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que son: (1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar, o estabilizar una enfermedad de emergencia.

**Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF):** Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un establecimiento de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeros registrados o un médico.

**Autorización previa:** Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que podrían estar o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

**Auxiliar de salud en el hogar:** Un auxiliar de salud en el hogar proporciona servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, por ejemplo, ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

**Cancelar o cancelación de inscripción:** El proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no ser su decisión).

**Cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA, Income Related Monthly Adjustment Amount):** Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos de hace 2 años es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional de su prima.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

Menos del 5 % de las personas con Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

**Cantidad máxima de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima de gastos de bolsillo que paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Debe continuar con el pago de las primas de la Parte B de Medicare (a menos que MassHealth Standard (Medicaid) u otro tercero paguen por la prima de la Parte B). Las cantidades que paga por las primas del plan, primas de la Parte A y Parte B de Medicare y por los medicamentos de venta con receta no se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility):** Establecimiento que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y proporciona una amplia variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services):** La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

**Cobertura admisible de medicamentos de venta con receta:** Cobertura de medicamentos de venta con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden generalmente conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.

**Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro para ayudar a pagar medicamentos de venta con receta, vacunas, sustancias biológicas y algunos insumos ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

**Coordinador de servicios de apoyo geriátrico (GSSC, Geriatric Support Services Coordinator):** Un empleado del Punto de Acceso de Servicios para Adultos Mayores (ASAP) que se certificó que reúne los requisitos para participar en un Equipo de atención primaria (PCT, Primary Care Team).

**Costos compartidos:** Lo costos compartidos se refieren a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago:

(1) cualquier cantidad de deducible que puede imponer un plan antes de que cubra los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se podría aplicar una “tarifa diaria de costos compartidos”

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

cuando su médico recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le exige pagar un copago.

**Cuidado de relevo:** El cuidado de relevo es cuidado personal proporcionado en una casa de reposo, establecimiento de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de relevo es cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, por ejemplo, ayuda para las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas es capaz de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de relevo. El cuidado de relevo está cubierto por MassHealth Standard (Medicaid).

**Cuidados paliativos:** Un miembro al que le quedan 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige recibir cuidados paliativos y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos proporcionará tratamiento especial para su situación.

**Derivación:** La aprobación del PCP de un miembro para recibir atención de otro profesional de atención de salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta.

**Determinación de cobertura:** Decisión acerca de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se conocen como “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** El plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 8 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado, con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

**Equipo de atención primaria (PCT):** El equipo, incluidos el Administrador de atención del miembro, Médico de atención primaria, Especialistas y otro personal de apoyo que trabajan juntos para coordinar y proporcionar la atención médica, atención de salud conductual y servicios comunitarios de apoyo del miembro.

**Equipo médico duradero (DME, Durable Medical Equipment):** Cierta equipo médico indicado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, insumos para diabéticos, bombas de

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

infusión I.V., dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

**Etapa de cobertura de enfermedades catastróficas:** La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o terceros calificados en su nombre hayan gastado \$4,020 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Evidencia de cobertura (EOC, Evidence of Coverage) y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debe hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Tipo de determinación de cobertura que, de ser aprobado, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel de menor de costos compartidos (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

**Extra Help:** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos de venta con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

**Farmacia de la red:** Una farmacia de la red es una farmacia en la que miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos de venta con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Farmacia fuera de la red:** Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Gastos de bolsillo:** Consulte la definición anterior de “costos compartidos”. El requisito que establece que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

**Hospitalización:** Una hospitalización es cuando lo ingresan formalmente al hospital para servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, usted podría seguir siendo considerado un “paciente ambulatorio”.

**Indicación aceptada por un médico:** El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de consulta. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada por un médico.

**Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, Supplemental Security Income):** Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o sean mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Límites de cantidad:** Herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Se puede limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “lista de medicamentos”):** Lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

**MassHealth Standard (Medicaid) (o ayuda médica):** Programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Los programas de MassHealth Standard (Medicaid) varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención de salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid). Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con MassHealth Standard (Medicaid) en su estado.

**Medicamento necesario:** Servicios, insumos o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.

**Medicamento de marca:** Medicamento de venta con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta después de que haya expirado la patente del medicamento de marca.

**Medicamento genérico:** Medicamento de venta con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** El programa de seguro de salud federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de un plan de Original Medicare o PACE, o un plan de Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”):** Persona beneficiaria de MassHealth Standard (Medicaid) y Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por MassHealth Standard (Medicaid) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

**Multa por inscripción tardía en la Parte D:** Cantidad agregada a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura admisible (cobertura que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura estándar de Medicare para medicamentos de venta con receta). Usted paga esta cantidad mayor durante el tiempo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta, no pagará la multa por inscripción tardía.

En el caso de perder el subsidio para bajos ingresos (“Extra Help”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura admisible para medicamentos de venta con receta por 63 día o más.

**Nivel de costos compartidos:** Cada medicamento que figura en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento. Los Miembros de Tufts Health Plan Senior Care Options no son responsables por los costos compartidos de medicamentos cubiertos.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, Quality Improvement Organization):** Grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención de salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos de venta con receta. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los estados de Estados Unidos.

**Parte C: Consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D: Consulte “Cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare (Parte D de Medicare)”**

**Período de beneficio:** La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de establecimientos de enfermería especializada (SNF, skilled nursing facility) y hospitales. Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción inicial:** Cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse a la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple 65

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

años, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Persona con elegibilidad doble:** Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid).

**Plan de Medicare Advantage (MA):** A veces conocido como la Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una empresa privada que sostiene contratos con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS, Private Fee-for-Service) o un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA, Medical Savings Account) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos de venta con receta). Estos planes se conocen como **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos de venta con receta**. Todos los beneficiarios de la Parte A o Parte B de Medicare son elegibles para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen algunas excepciones).

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, Preferred Provider Organization):** Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los proporcionen proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para servicios que reciba de proveedores (preferidos) de la red y un límite mayor en sus gastos de bolsillo totales para servicios de proveedores (preferidos) de la red y proveedores (no preferidos) fuera de la red.

**Plan de salud de Medicare:** Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que sostiene contratos con Medicare para ofrecer beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, programas piloto o de demostración y Programas de Asistencia Integral del Anciano (PACE, Programs of All-inclusive Care for the Elderly).

**Plan PACE:** Un plan PACE (Programa de Asistencia Integral del Anciano) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el objeto de ayudarles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en vez de mudarse a una casa de reposo) durante el tiempo que sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y MassHealth Standard (Medicaid) a través del plan.

**Plan para necesidades especiales (SNP, Special Needs Plan) institucional:** Plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un establecimiento de atención a largo plazo (LTC, long-term care). Estos establecimientos LTC pueden incluir un establecimiento de enfermería especializada (SNF, skilled nursing facility), establecimiento de enfermería (NF, nursing facility), (SNF/NF), establecimiento de atención intermedia para pacientes con retraso mental (ICF/MR, intermediate care facility for the mentally retarded) o un establecimiento psiquiátrico hospitalario. Un plan para necesidades especiales institucional para atender a residentes de establecimientos de LTC beneficiarios de Medicare debe tener un acuerdo contractual con los establecimientos de LTC específicos (o ser dueño de estos y operarlos).

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

**Plan para necesidades especiales institucional equivalente (SNP):** Plan para necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. Se debe realizar la evaluación con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad además de la organización que ofrece el plan. El tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un establecimiento de vida asistida (ALF, assisted living facility) contratado de ser necesario para garantizar la entrega uniforme de atención especializada.

**Plan para necesidades especiales:** Tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención de salud más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas que son beneficiarias tanto de MassHealth Standard (Medicaid) como Medicare, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

**Póliza de “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** Seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

**Prima:** El pago periódico a Medicare, una aseguradora, o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o medicamentos de venta con receta.

**Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare:** Programa que entrega descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D quienes han alcanzado el período sin cobertura y no reciben “Extra Help”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Prótesis y órtesis:** Estos son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, incluidos insumos de ostomía o terapia nutricional enteral o parenteral.

**Proveedor de atención primaria (PCP, Primary Care Provider):** Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegurará de que reciba la atención que usted necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de salud acerca de su atención y derivarlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la atención de salud, hospitales y otros establecimientos de atención de salud autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red conforme a los acuerdos que tenga con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. También podríamos referirnos a los proveedores de

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

la red como “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o establecimiento fuera de la red:** Proveedor o establecimiento con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no empleados, de propiedad u operados por nuestro plan o no están contratados para ofrecerle servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar proveedores o establecimientos fuera de la red.

**Punto de Acceso de Servicios para Adultos Mayores (ASAP, Aging Services Access Point):** Una entidad que sostiene contratos con la Oficina Ejecutiva de Asuntos de Adultos Mayores para administrar el Programa de atención a domicilio y proporciona a los adultos mayores acceso a servicios y ayudas a largo plazo.

**Queja formal:** Tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no comprende conflictos en relación con la cobertura o pago.

**Queja:** El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. Este proceso de queja se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja formal” en la lista de definiciones.

**Relaciones con el Cliente:** Departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 o la contratapa de este folleto para obtener información sobre cómo comunicarse con Relaciones con el Cliente, también conocido como Servicios para Miembros.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a todos los servicios e insumos de atención de salud cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia, que requieren una atención médica inmediata. Proveedores de la red o fuera de la red pueden prestar los servicios de urgencia, si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles.

**Subsidio para bajos ingresos (LIS, Low Income Subsidy):** Consulte “Extra Help”.

**Tarifa de despacho:** Tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de despacho cubre costos tales como el tiempo que el farmacéutico tarda en preparar y empacar la receta.

**Terapia escalonada:** Una herramienta de utilización para la que se le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

---

## Anexo 1 Servicios de intérprete en múltiples idiomas

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-670-5934 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-670-5934 (TTY 711)。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-855-670-5934 (TTY: 711) با تماس بگیرید.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-670-5934 (ATS : 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Greek:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Gujarati:** ધ્યાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-670-5934 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Khmer (Cambodian):** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-670-5934 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwođęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłniih 1800-701-9000 (TTY: 711).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-670-5934 (телетайп: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-670-5934 (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-670-5934 (TTY: 711).

## Relaciones con el Cliente de Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP)

<b>Método</b>	Relaciones con el Cliente: Información de contacto
<b>Llame al</b>	<b>1-855-670-5934</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente. Los profesionales de atención de salud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Relaciones con el Cliente también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Después del horario de atención y en días festivos, le rogamos dejar un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.
<b>Fax</b>	<b>1-617-972-9487</b>
<b>Escriba a</b>	Tufts Health Plan Senior Care Options ATTN: Customer Relations P.O. Box 9181 Watertown, MA 02471-9181
<b>Sitio web</b>	<a href="http://thpmp.org/sco-member">thpmp.org/sco-member</a>

## SHINE (Al servicio de las necesidades de información de salud para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	Información de contacto
<b>Llame al</b>	1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)
<b>TTY</b>	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
<b>Escriba a</b>	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
<b>Sitio web</b>	<a href="https://www.mass.gov/health-insurance-counseling">https://www.mass.gov/health-insurance-counseling</a>

Declaración de divulgación de la PRA: En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA, Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que ésta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, Office of Management & Budget). El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, le rogamos que escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

